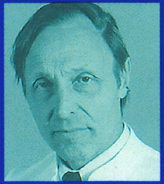
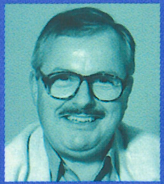


Horst Dilling

1933 in Lübeck geboren. Medizinstudium und Promotion in Tübingen und München; als wissenschaftlicher Assistent am Max-Planck-Institut für Psychiatrie und an der Nervenklinik in München. Psychoanalytische Ausbildung. Habilitation. Von 1978 -1999 Direktor der Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck.
Wissenschaftliche Arbeitsgebiete: Psychiatrische Epidemiologie und Versorgung, Diagnostik und Klassifikation. Seit 1995 Leitung des Lübecker WHO-Zentrums für Forschung und Bildung im Bereich der psychiatrischen Diagnostik.



Christian Reimer

1943 in Königsberg/Pr. geboren. Medizinstudium, 1971 Promotion. Ausbildung zum Psychiater und Psychoanalytiker in Hamburg. 1983 Habilitation, 1984 Professor für Psychiatrie an der Medizinischen Universität zu Lübeck. 1989 bis 1991 Extraordinarius für Psychotherapie und Psychohygiene an der Universität Basel. Seit 1992 Leiter der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie und Gf. Direktor des Zentrums für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen.

ISBN 3-540-67395-4

http://www.springer.de

Volker Arolt

1954 in Arnsberg/Westf. geboren. Studium der Medizin und Soziologie, 1982 Promotion. Psychiatrische und psychotherapeutische Ausbildung in Hamburg und Lübeck. 1994 Habilitation, seit 1998 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Wissenschaftliche Arbeitsgebiete: psychische Störungen bei körperlich Kranken, biologische Marker und Genetik schizophrener Psychosen, Immunologie schwerer psychischer Störungen.

Psychiatrie und Psychotherapie

Die komplexe Materie der psychischen Krankheiten und der verschiedenen therapeutischen Konzepte erschließt sich durch dieses Kompendium.
Präzise gegliedert, knapp und prägnant kann es von Studierenden als Einführung ebenso wie als Repetitorium genutzt werden. Dabei erleichtert das schöne zweifarbige Layout das Erfassen der wesentlichen Punkte, die zahlreichen Fallbeispiele gewähren einen faszinierenden Einblick in die klinische Psychiatrie. Ärzte in der psychiatrischen Facharztweiterbildung und Fachärzte anderer Disziplinen, die in Klinik oder Praxis mit psychisch kranken Patienten konfrontiert sind, werden dieses Taschenbuch als Nachschlagewerk schätzen.

Dilling · Reimer · Arolt

Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie

4. Auflage

DEUTSCHE ÄRZTE-VERSICHERUNG

Springer

Springer-Lehrbuch

Springer
Berlin
Heidelberg
New York
Barcelona
Hongkong
London
Mailand
Paris
Singapur
Tokio

Horst Dilling   Christian Reimer
Volker Arolt

Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie

Unter Mitarbeit von
Ursula Pauli-Pott und
Dörte Stolle

Vierte, überarbeitete und
aktualisierte Auflage

Mit 59 Fallbeispielen und
13 Tabellen

Springer

Professor Dr. Horst Dilling
em. Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Medizinische Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Professor Dr. Christian Reimer
Gf. Direktor des Zentrums für Psychosomatische Medizin
Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Justus-Liebig-Universität Gießen
Friedrichstraße 33, 35385 Gießen

Professor Dr. Volker Arolt
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Westfälische Wilhelms Universität Münster
Albert-Schweitzer-Str. 11, 48149 Münster

ISBN 3-540-67395-4 Springer Verlag Berlin Heidelberg New York

ISBN 3-540-63023-6 3. Auflage Springer Verlag Berlin Heidelberg New York

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Dilling, Horst: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie / Horst Dilling ; Christian Reimer; Volker Arolt. – 4., überarb. und aktualisierte Aufl. – Berlin ; Heidelberg ; New York ; Barcelona ; Hongkong ; London ; Mailand ; Paris ; Singapur ; Tokio : Springer, 2001
(Springer-Lehrbuch)
3. Aufl. u. d. T.: Dilling, Horst: Psychiatrie und Psychotherapie
ISBN 3-540-67395-4

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
ein Unternehmen der BertelsmannSpringer Science+Business Media GmbH

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1990, 1995, 1997, 2001
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Abbildung für Umschlag und Zwischentitel
aus der Gestaltungstherapie der psychosomatischen Universitätsklinik Gießen
Herstellung: PROEDIT GmbH, Heidelberg
Umschlaggestaltung: design & production, Heidelberg
Satzarbeiten: Appl, Wemding

Gedruckt auf säurefreiem Papier SPIN: 10719203 15/3130hs 5 4 3 2 1 0

Vorwort

Seit vielen Jahren hatten wir für unsere Studenten in Lübeck Lernbögen in Stichworten entwickelt, die wir immer wieder ergänzten und zu denen in fast jedem Semester einige neue Bereiche kamen, so daß schließlich ein ganzes Heft derartiger Texte vorlag.

Als im Springer-Verlag das Buch „Psychosomatische Medizin" von Rudolf Klußmann nach etwa demselben Prinzip, das auch uns vorschwebte, publiziert wurde, entschlossen wir uns, unsere Stichwortsammlung zu vergrößern und zu vervollständigen und sodann als kleines Lehr- und Lernbuch zu publizieren. Wir fanden beim Springer-Verlag, insbesondere bei Herrn Dr. Thomas Thiekötter, eine freundliche Bereitschaft für dieses Unternehmen vor.

So kam dieses Buch zustande, das in vieler Hinsicht zum einen klassische psychiatrische deutsche Tradition vertritt, zum anderen aber auch – insbesondere im Teil über psychogene Störungen – auf psychoanalytischem Gedankengut aufbaut. Darüber hinaus wurde großer Wert darauf gelegt, daß auch die aktuellen Frageninhalte des IMPP aus den Prüfungen der letzten Jahre berücksichtigt wurden.

Seit der dritten Auflage ist der Titel gegenüber der ersten um Psychotherapie erweitert, denn der Gebietsarzt für Psychiatrie ist laut Beschluß des Deutschen Ärztetages 1992 auch für den Bereich Psychotherapie zuständig, ebenso wie der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. Um die Kontinuität des Faches vom Studium bis in die Weiterbildung zu betonen, haben wir den Titel verändert.

Schon in der ersten Auflage wurde angedeutet, daß die 10. Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in Vorbereitung war, diese wird gegenwärtig international eingeführt, so daß sie in diesem Buch ausgiebig berücksichtigt wird.

Kapitel 6 und 21 wurden von beiden Autoren gemeinsam verfaßt. Ansonsten haben wir uns die Arbeit wie folgt aufgeteilt: Die Kapitel 1 bis 5, 8, 13 bis 15, 17, 18, 22 und 23 wurden von Horst Dilling, die Kapitel 7, 9 bis 12, 16, 19 und 20 wurden von Christian Reimer verfaßt.

Kompendien wie das vorliegende sollten den aktuellen Stand von Wissenschaft und Lehre repräsentieren. Das sollte sich auch in einer Verjüngung der Autorenschaft zeigen. So begann Prof. Dr. Volker Arolt, beiden Autoren durch lange Zusammenarbeit vertraut, seine Arbeit an diesem Buch damit, daß er das Kapitel Schizophrenie der vorliegenden Auflage betreute.

Es ist unsere Hoffnung, daß unser für das Lernen und die praktische Orientierung geschaffenes Buch auch zukünftig viele Freunde findet. Sehr herzlichen Dank schulden wir Frau Dr. Dörte Stolle, Direktorin des Fachkrankenhauses für Kinder- und Jugendpsychiatrie Schleswig-Heesterberg, für die hilfreiche Durchsicht des Kapitels 14 und vor allem für die Kasuistiken aus ihrem Fachgebiet und auch Frau Dr. Ursula Pauli-Pott, Abteilung Medizinische Psychologie des Zentrums für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen, für die Erstellung von Anhang B. Herrn Dr. M. Rothermundt sei für die Erstellung des Sachverzeichnisses gedankt. Besonderer Dank gebührt auch dem Springer-Verlag, insbesondere Frau Anne C. Repnow und Frau Rose-Marie Doyon.

Lübeck/Gießen im Mai 2000

Horst Dilling
Christian Reimer

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil

1 *Einleitung* ... 3

2 *Psychiatrische und psychotherapeutisch/ psychosomatische Untersuchung und Befunddokumentation* ... 6
2.1 Exemplarische Untersuchungssituationen ... 6
2.2 Kurzcharakteristik des Patienten ... 9
2.3 Anamnese ... 9
2.4 Befund ... 16
2.5 Beurteilung und Diagnose ... 18
2.6 Dokumentation ... 22

3 *Psychopathologie* ... 24
3.1 Bewußtsein/Vigilanz ... 25
3.2 Aufmerksamkeit und Gedächtnis ... 28
3.3 Orientierung ... 31
3.4 Wahrnehmung ... 32
3.5 Denken ... 34
3.6 Affektivität ... 39
3.7 Antrieb ... 41
3.8 Ich-Erleben ... 42
3.9 Intelligenz ... 43

Krankheitslehre

4 *Körperlich begründbare psychische Störungen* ... 47
4.1 Allgemeiner Teil ... 47
4.1.1 Exogene Psychosen ... 48
4.1.2 Organische und andere körperlich begründbare Psychosyndrome ... 51
4.2 Spezieller Teil ... 54
4.2.1 Alzheimersche Erkrankung ... 54
4.2.2 Demenz bei zerebrovaskulärer Erkrankung ... 56

4.2.3 Morbus Pick ... 57
4.2.4 Chorea Huntington ... 57
4.2.5 Morbus Parkinson ... 59
4.2.6 Morbus Wilson: hepatolentikuläre Degeneration ... 60
4.2.7 Morbus Creutzfeldt-Jakob ... 60
4.2.8 Progressive Paralyse ... 61
4.2.9 Enzephalitiden (Enzephalomeningitiden) ... 62
4.2.10 Traumatische Hirnschädigungen ... 63
4.2.11 Anfallsleiden ... 64
Fallbeispiele ... 65
Historische Fälle aus der klassischen Literatur ... 70

5 *Mißbrauch und Abhängigkeit* ... 73
5.1 Allgemeiner Teil ... 73
5.2 Spezieller Teil ... 75
5.2.1 Alkoholismus ... 75
5.2.2 Drogenabhängigkeit ... 85
Fallbeispiele ... 92

6 *Schizophrene Psychosen* ... 98
6.1 Allgemeiner Teil ... 98
6.1.1 Definition ... 98
6.1.2 Historisches ... 98
6.2 Epidemiologie ... 98
6.3 Ätiologie ... 99
6.4 Symptome ... 101
6.5 Diagnose ... 103
6.6 Unterformen schizophrener Psychosen ... 103
6.7 Verlauf schizophrener Psychosen ... 106
6.8 Prognose ... 108
6.9 Therapie ... 109
6.9.1 Somatotherapie ... 109
6.9.2 Psychotherapie ... 110
6.9.3 Sozialtherapie/Rehabilitation ... 112
Fallbeispiele ... 113
Historische Fälle nach Kraepelin (1921) ... 114

7 *Affektive Psychosen* ... 116
7.1 Allgemeiner Teil ... 116
7.2 Spezieller Teil ... 118
7.2.1 Depression/Melancholie ... 118
7.2.2 Manie ... 122
7.2.3 Mischzustände ... 124
7.2.4 Sonstige affektive Störungen ... 124
Fallbeispiele ... 125

8 *Schizoaffektive Psychosen, akute vorübergehende Psychosen, Wahnentwicklungen* ... 127
8.1 Schizoaffektive Psychosen ... 127
8.2 Sondergruppe: Zykloide Psychosen ... 128
8.3 Akute vorübergehende Psychosen ... 128
8.4 Wahnentwicklungen ... 129
Fallbeispiele ... 131
Historischer Fall nach Gaupp (1914) ... 135

9 *Neurosen* ... 137
9.1 Allgemeiner Teil ... 137
9.1.1 Allgemeine Neurosenlehre ... 138
9.2 Spezieller Teil ... 142
9.2.1 Neurotische Depression ... 142
9.2.2 Zwangsneurose ... 142
9.2.3 Angstneurose ... 143
9.2.4 Phobien ... 145
9.2.5 Hysterische Neurose/Konversionsreaktion ... 145
9.2.6 Hypochondrische Neurose ... 146
9.2.7 Charakterneurose ... 147
9.2.8 Neurotisches Depersonalisationssyndrom ... 148
Fallbeispiele ... 148

10 *Reaktionen* ... 152
10.1 Allgemeiner Teil ... 152
10.2 Spezieller Teil ... 152
10.2.1 Akute Belastungsreaktion ... 152
10.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung ... 153
10.2.3 Anpassungsstörungen ... 153
Fallbeispiele ... 155

11 *Persönlichkeitsstörungen* ... 157
11.1 Allgemeiner Teil ... 157
11.2 Spezifische Persönlichkeitsstörungen ... 159
Fallbeispiele ... 162

12 *Psychosomatische Störungen* 166
12.1 Eßstörungen 166
12.2 Nicht-organische Schlafstörungen 169
12.3 Somatisierungsstörung 172
12.4 Somatoforme autonome Funktionsstörung 173
12.5 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung 173
Fallbeispiele 173

13 *Sexualstörungen* 175
13.1 Allgemeiner Teil 175
13.2 Ungestörte Sexualität 176
13.3 Sexuelle Funktionsstörungen 177
13.4 Störungen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität 178
13.4.1 Homosexualität 178
13.4.2 Heterosexualität 179
13.4.3 Transsexualismus (Transsexualität) 179
13.5 Sexuelle Abweichungen/Störungen der Sexualpräferenz 180
Fallbeispiele 182

14 *Störungen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie* 185
14.1 Intelligenzminderung (Oligophrenie) 187
14.2 Organisch bedingte psychische Störungen 190
14.3 Störungen der Motorik und Psychomotorik 192
14.4 Störungen des Sprechens und der Sprache 193
14.5 Teilleistungsschwächen 195
14.6 Sonstige Störungen im Zusammenhang mit der Schule 197
14.7 Psychosen im Kindes- und Jugendalter 198
14.8 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen 200
14.9 Psychogene Störungen im Kindes- und Jugendalter 202
14.10 Emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter 205
14.11 Störungen des Sozialverhaltens 207
Fallbeispiele 208

Therapie, Versorgung, Prävention

15 *Somatische Behandlung* 215
15.1 Psychopharmaka 215
15.1.1 Neuroleptika 216
15.1.2 Antidepressiva (Thymoleptika) 221
15.1.3 Lithiumsalze, Carbamazepin und Valproinsäure/Valproat 225
15.1.4 Tranquilizer 228
15.1.5 Hypnotika 230
15.1.6 Psychostimulanzien 232
15.1.7 Psychotomimetika (Phantastika, Psychodysleptika) 233
15.2 Elektrokrampftherapie (EKT) 233
15.3 Sonstige Methoden 234

16 *Psychotherapie* 235
16.1 Definition 235
16.2 Diagnostik 236
16.2.1 Das ärztliche Gespräch 236
16.2.2 Spezielle Gesprächstechniken (Erstinterview, tiefenpsychologische Anamneseerhebung) 237
16.3 Grundlagen 238
16.4 Darstellung einzelner Psychotherapieverfahren 239
16.4.1 Verbale- und handlungsbezogene Therapieverfahren 240
16.4.2 Entspannungsverfahren 245
16.4.3 Körperorientierte Verfahren 246
16.5 Psychotherapie in der Psychiatrie 248
16.6 Weiterbildung des Arztes in Psychotherapie 251
Fallbeispiele 253

17 *Soziotherapie, Versorgung, Rehabilitation* 256
17.1 Soziotherapie 256
17.2 Versorgung 258
17.3 Rehabilitation 263

18 *Prävention* 265

Besondere Bereiche

19 *Suizidalität und Krisenintervention* 271
19.1 Suizidalität 271
19.1.1 Definition 271
19.1.2 Epidemiologie 271
19.1.3 Ätiologie 273
19.1.4 Diagnostik, Differentialdiagnostik 274
19.1.5 Therapie 275
19.2 Krisenintervention 275
19.2.1 Definition der „Krise" 275
19.2.2 Allgemein 276
19.2.3 Ätiologie 276
19.2.4 Phasenablauf von Krisen 276
19.2.5 Therapie der Krise 276
19.2.6 Verlauf/Prognose von Krise und Suizidalität 279
Fallbeispiele 279

20 *Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie* 282
Fallbeispiele 283

21 *Forensische Psychiatrie/Rechtspsychiatrie* 286
21.1 Strafrecht (StGB) 288
21.2 Bürgerliches Recht (Zivilrecht) 293
21.3 Betreuungsrecht 294
21.4 Unterbringungsrecht 295
21.5 Sozialrecht 296
Fallbeispiele 298

22 *Ethik in der Psychiatrie und Psychotherapie/Psychosomatik* 304
22.1 Behandlung und Versorgung 304
22.2 Forschung 308
22.3 Psychiatrie und Gesellschaft 308

23 *Historisches* 310
23.1 Antike 310
23.2 Mittelalter und Renaissance 310
23.3 17. und 18. Jahrhundert 311
23.4 19. Jahrhundert 311
23.5 20. Jahrhundert 313

Anhang

Anhang A: Übersicht über das Kapitel F (V) der Internationalen Klassifikation der Krankheiten 10. Revision (ICD-10): Psychische Störungen 319

Anhang B: Auswahl psychologischer Testverfahren 328

Anhang C: Weiterführende Literatur 336

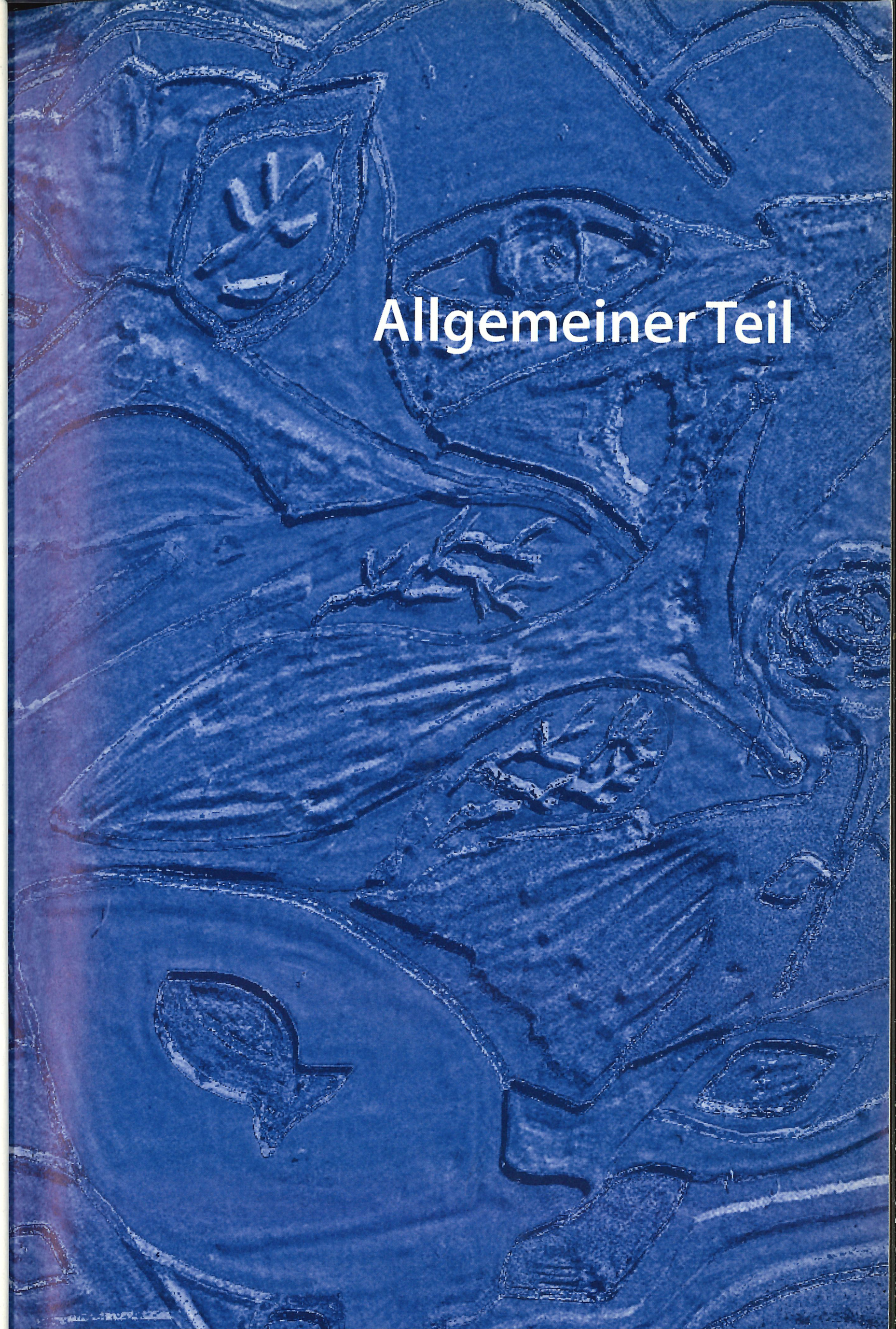
Sachverzeichnis 344

Zur Didaktik

Das Symbol [Symbol] verweist auf ein „Fallbeispiel" zu dem jeweiligen Störungsbild.

Das Symbol [Symbol] verweist zur Position in Anhang A.

Allgemeiner Teil



1 Einleitung

Das Fach „Psychiatrie" wird oft als Fremdkörper im Studium der Medizin erlebt: Der nicht-naturwissenschaftliche Aspekt des Faches ist ungewohnt, die Begegnung mit dem psychisch Kranken verunsichert, die Sprache der Psychopathologie fügt sich nicht in die allgemeine medizinische Terminologie ein. Die zentrale Position des Fachs zwischen Natur- und Geisteswissenschaften leitet sich aus den Beziehungen zu vielen Nachbardisziplinen wie Psychologie, Soziologie, Philologie, Rechtswissenschaft, Theologie und Philosophie einerseits, Morphologie, Biochemie, Physiologie, Pharmakologie und Genetik andererseits ab.

Bei Abfassung dieses Kompendiums, das sich besonders an MedizinstudentInnen richtet, verfolgten wir zwei Ziele: Einerseits sollten – in bezug auf den Inhalt – Grundlagen und Fakten des Fachs, d. h. ein Standardwissen vermittelt werden, das der Allgemeinarzt beherrschen sollte, wenn er mit Patienten zu tun hat, die unter psychischen Störungen und Erkrankungen leiden. Vergleichbar dem in der Allgemeinpraxis erforderlichen Wissen sollte auch das des Arztes im Allgemeinen Krankenhaus sein, der die Indikation zur psychiatrischen Konsiliaruntersuchung stellt. Andererseits sollte – in bezug auf die Form – dieses immer noch sehr umfangreiche Standardwissen strukturiert, im Stile eines guten Exzerpts, dargeboten werden.

Viele der zahlreichen dargestellten Fakten, einschließlich des naturwissenschaftlichen Hintergrundes, können helfen, einiges zu „erklären", dem der Student begegnet, darüberhinaus gilt es aber in der Psychiatrie, einfühlend Zusammenhänge zu „verstehen", einen Versuch zu machen, das Erleben des Patienten nachzuempfinden. Den notwendigen und fruchtbaren Gegensatz zwischen naturwissenschaftlich kausalem Erklären und psychologischem Verstehen, den Karl Jaspers für die Psychiatrie in seiner „Allgemeinen Psychopathologie" (1913) zuerst dargestellt hat, sollte man sich bei der Lektüre dieses Buches immer wieder vor Augen führen.

Zu diesem Standardwissen gehören auch die Basiskenntnisse des Faches Psychosomatik/Psychotherapie, ein Gebiet, das mit der Neugliederung der Fächer – aufgrund der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 1992 – zunehmende Bedeutung erlangt hat.

Um bei aller Knappheit dennoch Typisches zu veranschaulichen und differentialdiagnostische Erwägungen anzuregen, sind die meisten der

speziellen Kapitel des zweiten Teils „Krankheitslehre" sowie das Kapitel im ersten Teil „Psychiatrische und psychosomatisch/psychotherapeutische Untersuchung und Befunddokumentation" jeweils durch eine Auswahl von Kasuistiken (eigener und auch einiger historischer Krankengeschichten aus der Literatur) ergänzt.

Wir gehen davon aus, daß der Student Einführungsvorlesungen und Kasuistiken besucht und ein psychiatrisches Praktikum absolviert, in dem er selbst Patienten untersucht. Parallel zu diesen praktischen Erfahrungen und dem Lernen in der Klinik soll unser Buch hilfreich sein, das aus der Erfahrung des Unterrichts entstand.

LERNZIELE, DIE AM ENDE VON VORLESUNG, KURS UND LEKTÜRE ERREICHT SEIN SOLLTEN:

- Vertrautwerden mit der Psychiatrie als psychologischer Seite der Medizin, aber auch als biologisch-naturwissenschaftlichem Fach mit besonders nahen Beziehungen zu Neurologie und Innerer Medizin
- Beschäftigung mit den Begriffen des „psychisch Krankseins", der „psychischen Störung" und dem Problem der „Normalität"
- Erlernen der psychiatrischen Terminologie, insbesondere der Psychopathologie, sowie der Beschreibung krankhafter seelischer Phänomene
- Erlernen und erste Erfahrungen mit der psychodynamischen und der lerntheoretischen Betrachtungsweise der Genese psychischer und psychosomatischer Störungen
- Kenntnis der wichtigsten Krankheitsbilder, auch in bezug auf die verschiedenen Lebensalter
- Erkennen psychischer Störungen und Erkrankungen:
  - diagnostisches Gespräch
  - Niederlegung der Anamnese und des psychischen Befundes in der Krankengeschichte
  - syndromatische Einordnung
  - Versuch einer Diagnose, Gesamtbewertung der Befunde
- Aufstellen eines Therapieplans:
  - Kenntnisse über Psychopharmakotherapie
  - Indikation zur Psychotherapie und Grundkenntnisse der wichtigsten Formen der Psychotherapie
- Kenntnisse über die typischen Verlaufsformen und sozialen Konsequenzen psychischer Krankheit
- Kenntnisse über institutionelle Behandlungsmöglichkeiten, gegenwärtiges Versorgungssystem, sozialgesetzliche Zusammenhänge, Möglichkeiten der Rehabilitation
- Kenntnisse über die forensische Psychiatrie, einschließlich der Maßnahmen bei nichtfreiwilliger Behandlung
- Grundkenntnisse über die historische Entwicklung der Psychiatrie

Seit vielen Jahren gaben wir den Studenten Übersichten zu verschiedenen psychiatrischen Themenbereichen, die hier in erweiterter und ergänzter Form zusammengefaßt sind. Der Charakter stichwortartiger Übersichten blieb dabei erhalten; der Anspruch eines umfangreicheren Lehrbuchs wird von uns also nicht angestrebt. Obwohl es keine Prüfungsfragen oder didaktische Wiederholungsfragen enthält, ist dennoch das Wissen, das von den Studenten im zweiten Abschnitt der schriftlichen Prüfung erwartet wird, auf dem aktuellen Stand berücksichtigt.

2 Psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Untersuchung und Befunddokumentation

2.1 Exemplarische Untersuchungssituationen

Zur Veranschaulichung unterschiedlicher Untersuchungssituationen werden zunächst modellhaft 3 Patienten vorgestellt:

Der motivierte Patient

Besuch in der Praxis des niedergelassenen Psychiaters oder Psychotherapeuten bzw. Aufnahme ins Krankenhaus, meist nach Voranmeldung und Terminvereinbarung für ein Gespräch

Beispiel: 53jährige Patientin, vom Allgemeinarzt überwiesen; leidet seit 2 Jahren unter Kopfschmerzen und Schlafstörungen; in den letzten Monaten zunehmende Verstimmungen, Selbstunsicherheit, Versagensgefühle, Antriebslosigkeit. Aufgrund des hohen Leidensdrucks zur Behandlung motivierte Patientin

Hinweise für die Untersuchung:
- günstige Ausgangssituation schaffen: dem Patienten bei der Begrüßung entgegengehen, Sitz anbieten; auf die richtige Distanz achten (günstig: übereck zu sitzen, mit der Möglichkeit, sich anzusehen, ohne sich zu konfrontieren; kein großer, trennender Schreibtisch)
- für Ruhe während des Gesprächs sorgen: keine Telefonate, nicht sofort mit Notizen beginnen (besser vom Patienten hierfür Einverständnis einholen), Patienten wissen lassen, wieviel Zeit zur Verfügung steht (bei Erstinterview möglichst mindestens 30 min bis etwa 1 h)
- Ablauf des Interviews: nicht schematisch, aber gegliedert; Versuch, dem Patienten während der ersten Hälfte der Untersuchung die Auswahl und Reihenfolge des Gesprächsinhalts zu überlassen; meist Beginn mit gegenwärtigen Beschwerden. Im weiteren Gespräch ergänzende Fragen und Ansprechen bisher nicht erwähnter Bereiche.
- Aufbau einer Gefühlsbeziehung zwischen Patient und Arzt: Verwenden von Umgangssprache, kein Fachjargon; Berücksichtigung der Verständnisfähigkeit und Bildungsstufe des Patienten; behutsame Steuerung bei weitschweifig-umständlichen Patienten, verstärktes Fragen bei ruhigen und verschlossenen Patienten
- Abschluß des Gesprächs: keinesfalls abrupt; Zusammenfassung des Gesprächs (gewonnener Eindruck des Untersuchers vom Krankheitsbild des Patienten); keinesfalls schockierende Eröffnungen zum Ende des Gesprächs ohne die Möglichkeit einer Besprechung; Andeutung weiterer Untersuchungsschritte (ggf. neue Terminabsprache) oder Schilderung eines möglichen Therapieplans; Empfehlungen zur Psychotherapie bzw. Verschreibung der Medikation

Der überwiegend abwehrende Patient

Kommt in der Regel auf Fremdveranlassung hin (Angehörige, Freunde, Arbeitgeber) zur Untersuchung; Gespräch mit dem Patienten ist möglich, jedoch besteht keine Motivation, Hilfe anzunehmen

Beispiel: 45jährige Patientin, psychiatrisches Konsil auf Veranlassung der Abteilung für Onkologie; Behandlung wegen Metastasen eines Mammakarzinoms; Lebermetastasen, Aszites; wiederholte Suizidäußerungen im Falle der Entlassung („niemand kann mir helfen"). – Patientin im Gespräch subdepressiv, resigniert, leugnet Suizidabsichten

Hinweise für die Untersuchung:
- Versuch, dem Patienten in wenigen Sätzen den Sinn der psychiatrischen Untersuchung zu vermitteln (keine Verschleierung der Identität des Untersuchers)
- kein abruptes Konfrontieren mit der psychiatrischen Symptomatik
- Versuch, den Leidensdruck des Patienten zu erfassen (alles aufnehmen, was vom Patienten kommt, Beachtung spontaner Äußerungen, Wahrnehmung von Fehlleistungen)
- ansonsten inhaltlich in vieler Hinsicht ähnlich dem Gespräch mit motivierten Patienten

Der psychisch schwerkranke Patient

Häufig Notfallaufnahmen von erregten, stuporösen, agitiert depressiven oder deliranten Patienten; Beobachtung und Untersuchung ohne Kooperation des Patienten; erste Informationen über Fremdanamnese.

Beispiel: 24jähriger Patient, Student der Philologie, wird von den Eltern mit Krankenwagen gebracht; Aufnahme in der Notfallambulanz. Nach Angaben der Eltern zunehmender Rückzug seit einigen Monaten; Ver-

weigerung von Nahrung; sprach nicht mehr mit seiner Umgebung (bei Drängen der Eltern Auftreten von Aggressivität). Jetzt starr, reaktionslos, mutistisch; kein Gespräch möglich

Hinweise für die Untersuchung:

- Verhalten des Untersuchers: ruhig, sicheres Auftreten; ausreichende räumliche Distanz zum Patienten
- Vorsicht vor unerwarteten aggressiven Reaktionen: Untersuchung evtl. in Gegenwart Dritter, potentielle Wurfgeschosse außer Reichweite, keine Papierscheren und Brieföffner auf dem Schreibtisch
- einfache Fragen, die den Patienten nicht bedrängen. Da von den Patienten in der Regel wenig Informationen zu erhalten sind, gewinnen hier Fremdanamnese, Beobachtung und Prüfung der psychischen Elementarfunktionen (s. Kap. 3 Psychopathologie) stärkere Bedeutung

Die weitere Gliederung dieses Kapitels folgt der für die *Abfassung der Krankengeschichte* zu empfehlenden *Reihenfolge:*

Kurzcharakteristik des Patienten

Anamnese
- Familienanamnese
- Lebensgeschichte des Patienten
- Primärpersönlichkeit
- somatische Anamnese
- psychiatrische Anamnese

Befund
- psychischer Befund
- somatischer Befund
- weitere Befunde

Beurteilung und Diagnose

Dokumentation
- Krankengeschichte
- Arztbrief
- Basisdokumentation

2.2 Kurzcharakteristik des Patienten

Soziodemographische Kerndaten und Anlaß der Behandlung

Beispiel: Der 43jährige, verheiratete Schreinermeister, Herr S., wird von seiner Hausärztin, Frau Dr. E., wegen seit 3 Monaten bestehender Depressionen und Suizidalität stationär eingewiesen.

2.3 Anamnese

Zur Erleichterung der Anamnesenerhebung bieten sich eine Reihe ***praktischer Hilfsmittel*** an.

Bei Anwendung des sog. ***Anamnesenmosaiks*** (Tabelle 2.1) werden Daten und Fakten nicht fortlaufend mitgeschrieben, sondern stichpunktartig an bestimmten Stellen eines DIN-A4-Schreibbogens eingetragen.

Aus der Lokalisation der Notizen geht hervor, um welchen inhaltlichen Bereich es sich handelt. (Das Niederschreiben oder Diktat von Krankengeschichte oder Arztbrief sollte relativ bald nach Ausfüllen des Anamnesemosaiks erfolgen!)

Vorteile des Verfahrens: Visualisieren („weiße Flecken" fallen auf); leichtere mnemotechnische Verankerung von Befunden im Gedächtnis; systematische Ordnung des Gehörten: stärkere Zuwendung zum Patienten während des Gesprächs

Nachteile des Verfahrens: keine Dokumentation der Reihenfolge der Äußerungen; beschränkter Platz für Notizen; Verwendung von Kürzeln

Ein weiteres Hilfsmittel bei der Anamnesenerhebung ist die sog. ***Biographische Leiter*** (Tabelle 2.2), aus der die zeitliche Beziehung zwischen Lebensereignissen und dem Auftreten von körperlichen und psychischen Krankheiten hervorgeht.

Vorteile dieses Verfahrens: die gemeinsame Erarbeitung mit dem Patienten von vorher nicht bewußt gesehenen Zusammenhängen

Hilfreich und sehr aufschlußreich können auch handgeschriebene „Notizen" des Patienten zur Biographie unter Einbeziehung von Erlebnissen

Datum der Untersuchung Untersucher

Name (Geburtsname), **Vorname** (Geschlecht)
Geburtstag (Alter) Geburtsort
Wohnung (Telefon) Zwilling
Überwiesen von: wegen:
gegebenenfalls Bezugspersonen (Telefon, etc.)

Biographie

Äußere	**Innere**
Schwangerschaft	Erwünschtheit
Geburt	frühkindliche Entwicklung
Kindergarten	Primordialsymptome, Neurotizismen
Schulen	Bezugspersonen, Erziehungsstil
Studium/Lehre	Erleben von Zärtlichkeit
Militär/Zivildienst	Pubertät, Geschlechtsrolle
Berufswahl	Freunde, Sekundäre Gruppen
Beruf/Arbeit	Reaktionen auf Verluste/Kränkungen
Arbeitslosigkeit	Umgang mit Besitz, Ehrgeiz, Ordnung
	Allgemeines Lebensgefühl
	Religiöse Bindung
	Hobbies, Interessen

Prämorbide Persönlichkeitseigenschaften

Familienanamnese
(Psychiatrische Erkrankungen, Erbkrankheiten, Suizide, Sucht, psychische Belastungen, Kriminalität)
Vater (Alter, Beruf)
Mutter (Alter, Beruf)
Elternehe (Dominanz, Rollenverhalten)
Patient ..... Geschwisterstelle von ..... Kindern (als „Bruch", z. B. 3/4)
(Halb-, Stief-)Geschwister (Alter, Beruf, Familienstand, Kinder)

Sexuelle Entwicklung (Stellenwert der Sexualität, Aufklärung, Pubertät, Onanie, Menarche, erster Geschlechtsverkehr, Gravidität, Konzeptionsverhütung, Interruptio, Menopause, sexuelle Befriedigung, Dysfunktion, Perversion, Inzest)

Ehe, Partnerschaft (Alter, Beruf, Beginn der Bekanntschaft, Jahr der Heirat, Qualität der Ehe)

Kinder/Stiefkinder /Adoptivkinder (Vorname, Alter, Ausbildung, Beruf, Legitimität)

Sozialkontakte (Nachbarn, Freunde)

Wirtschaftliche Verhältnisse (Schulden)

Wohnen (mit wem? wie?)

Kriminalität (Gefängnis, Bewährung)

Tabelle 2.1. Anamnesenmosaik (aus: Dilling H, 1986, Nervenarzt 57, 374–377)

Frühere somatische Erkrankungen

(Krankenhaus, Unfälle, venerische Erkrankungen, Name des Hausarztes)

Spezielle Vorgeschichte

(Auslöser)

Beginn (psychiatrische/psychotherapeutische Vorbehandlung, wo? wann? bei wem?)

Suizidversuche(-gedanken)

Sucht/Mißbrauch (Tabletten, Alkohol, Nikotin, Rauschdrogen etc., Spiel)

Jetzige Erkrankung, Beschwerden

Beginn, Auslöser, Konflikte, Belastungen, (**Medikamente**)

Psychisch (Äußeres, Eindruck auf den Untersucher, psychopathologischer Befund, Abwehrmechanismen, Übertragung, Gegenübertragung)

Diagnosen (Persönlichkeitsstruktur, psychiatrische Diagnosen evtl. mehrere Achsen, Suizidalität, somatische Diagnosen)
Versuch der psychodynamischen Interpretation mit Darstellung des Zusammenhanges zwischen Biographie und Erkrankung und Einbeziehung von familiendynamischen Aspekten.

Therapieplan

Tabelle 2.1. (Fortsetzung)

Alter	Jahr	Lebensereignis	Körperliche Krankheit	Psychische Krankheit
	1940	Geburt 10. 9. 40		
1	1			
2	2			
3	3			
4	4			
5	5	Schulbeginn		
6	6			
7	7			
8	8	Vater gestorben Mutter hat Freund	Abdominelle Schmerzen	
9	9			
10	1950		Appendektomie	
11	1			
12	2			
13	3			
14	4			
15	5	Schulabgang		
16	6			
17	7			
18	8			
19	9			
20	1960	Erste Verlobung		
21	1	Trennung		Angstzustände (Medikamente)
22	2	Zweite Verlobung		
23	3	Heirat		
24				
25	5	Arbeit aufgegeben Tochter geboren		
26	6			
27	7		Hysterektomie (Menorrhagien)	
28	8			
29	9			
30	1970			
31	1			
32	2			
33	3			

Tabelle 2.2. Biographische Leiter (nach Goldberg et al. 1987)

Alter	Jahr	Lebensereignis	Körperliche Krankheit	Psychische Krankheit
34	4			
35	5			
36	6			
37	7			
38	8			
39	9			
40	1980			
41	1			
42	2			
43	3	Tochter zur Universität		depressiv (Antidepressiva, vom Allgemeinarzt verordnet)
44	4			
45	5	Krankheit der Mutter		
46	6	Tod der Mutter 18. 2. 86		Beginn der jetzigen Erkrankung

Tabelle 2.2. Biographische Leiter (nach Goldberg et al. 1987)

und eindrucksvollen, u. U. sich wiederholenden Träumen sein. Ein rein formaler Lebenslauf sagt oft wenig aus. (Auch aufschlußreich: Aufbau, Gliederung, Handschrift, Schriftstil, Orthographie)

Die Anamnesenerhebung sollte folgende Bereiche umfassen:

Familienanamnese

Zu erfragen sind:
- Soziale und berufliche Situation
- Charakterisierung der Eltern und Geschwister, evtl. sonstiger Angehöriger, vor allem der Großeltern
- Familienklima
- Erbkrankheiten, psychiatrische Erkrankungen und Behandlungen, Suizide, Suchtkrankheiten, Kriminalität, sonstige Besonderheiten

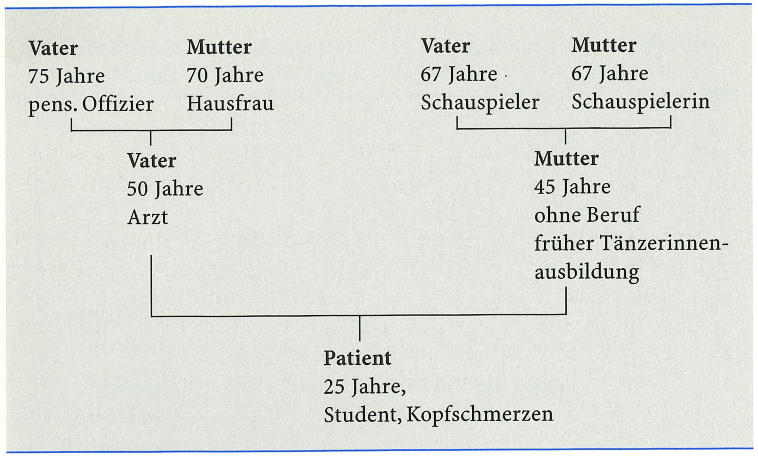


Tabelle 2.3. Stammbaum (nach Dührssen 1981)

Bei Erhebung der Familienanamnese erweist sich der ***Stammbaum*** (Tabelle 2.3) als hilfreich. Er vermittelt eine Übersicht über mehrere Generationen, insb. die Sozialgeschichte und u. U. auch Dynamik der Familie. Tabelle 2.3 zeigt ein Beispiel für eine konfliktträchtige Familienkonstellation bei sehr unterschiedlichen Herkunftsfamilien.

wichtig: Unterscheidung zwischen mütterlicher und väterlicher Familie, d. h. bei Erhebung der Familienanamnese nicht Großmutter, sondern Vatersmutter; nicht Großvater, sondern Vatersvater; nicht Onkel, sondern Vatersbruder usw.

Lebensgeschichte des Patienten

Hilfreich ist die Unterscheidung in äußere und innere Lebensgeschichte:

- Zur ***äußeren Lebensgeschichte*** sind, soweit möglich, konkrete Daten zu den folgenden Bereichen zu erfragen:
  - Geburtsort
  - Lebensraum in Kindheit und Jugend
  - Geschwisterstellung
  - Schwangerschafts- und Geburtsbesonderheiten
  - Kindergarten
  - Schulbesuch
  - Studium/Lehre
  - berufliche Entwicklung
  - Partnerschaft
  - Heirat
  - Kinder
  - wirtschaftliche Situation
  - Wohnverhältnisse
- Bei der ***inneren Lebensgeschichte*** stehen dagegen weniger die konkreten Daten im Vordergrund, als mehr die beschreibende Schilderung folgender Bereiche:
  - frühkindliche Entwicklung, erste Erinnerungen, Neurotizismen in der Kindheit (Primordialsymptome), Bezugspersonen, Erziehungsstil der Eltern, Geschlechtsrolle etc., sexuelle Entwicklung
  - Ehe und Partnerschaften, Erleben der Sexualität, Kinder und deren Entwicklung, Sozialkontakte, Freunde
  - Religion und Weltanschauung
  - Freizeitaktivitäten, Hobbies, Steckenpferde, individuelle Interessen

Primärpersönlichkeit

Versuch, die prämorbiden ***Persönlichkeitseigenschaften*** (himmelhoch jauchzend – zu Tode betrübt; pedantisch, niedergestimmt; hypochondrisch etc.), möglicherweise auch die ***Persönlichkeitsstruktur*** (schizoid, zwanghaft, depressiv, hysterisch sive histrionisch) aus den Gesprächen mit Patienten und Angehörigen zu erschließen

Somatische Anamnese

Erhebung früherer und gegenwärtiger Erkrankungen und Behandlungen, Abgrenzung funktioneller Störungen

Psychiatrische /psychotherapeutisch psychosomatische Anamnese

Die spezifische Anamnese sollte mit folgenden Fragen die Vorgeschichte der gegenwärtigen Beschwerden (evtl. auch frühere psychiatrische/psychosomatische Erkrankungen und Behandlungen) klären:

- Weshalb hier?
- Seit wann bestehen die Probleme oder Beschwerden?
- Klärung der Auslösesituation?
- Ist der Patient von sich aus gekommen oder auf ärztliche Überweisung hin (Empfehlung durch wen)?
- Gegenwärtige Behandlung mit vollständigen Angaben zur Medikation?

- Frühere psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung?
- Erleben der gegenwärtigen Krankheit?
- Einstellung zur Krankheit?
- Erwartungen an die Behandlung?

Nach dem Untersuchungsgespräch sollte der Untersucher viele inhaltliche Details kennen, er sollte aber auch als „diagnostischer Seismograph“ aus seinen eigenen emotionalen Reaktionen im Gesprächsverlauf einen Einblick in das Beziehungsverhalten des Patienten gewonnen haben. Die „empathische Einfühlung“ in den Patienten ermöglicht oft auch schon im diagnostischen Erstinterview (Argelander 1983) die Wahrnehmung der Übertragung beim Patienten und der Gegenübertragung beim Untersucher. Eine Möglichkeit, diesen wichtigen Aspekt der Arzt/Patientenbeziehung im Studium kennenzulernen, bieten die Anamnesengruppen, in denen die Studierenden gemeinsam mit erfahreneren Tutoren (älteren Studenten) unter ärztlicher Supervision Patienten „kennenlernen“.

2.4 Befund

Psychischer Befund

- ***Äußeres Erscheinungsbild, Sprechverhalten, Sprache:***
  - Kleidung und Schmuck, Frisur, Körperpflege (gepflegt/ungepflegt, verwahrlost, modisch/konventionell, ärmlich/protzig)
  - Körpergeruch (oft spezifisch; Alkoholfahne?)
  - Physiognomie, Hände und Fingernägel (abgekaute Nägel?)
  - Zähne (bei vielen Suchtkranken ungepflegtes Gebiß)
  - Gang (behindert oder frei?), Atmung
  - besondere Eigentümlichkeiten?
  - Gestik und Mimik (Tics, Dyskinesien, Verlegenheitsgesten?)
  - Sprechverhalten (Stimmklang, fehlende oder übertriebene Modulation der Stimme, manierierte, kindliche Sprechweise, natürliche Stimmhöhe, gepreßte Sprache etc.?)
  - Sprechstörungen wie Stottern, Stammeln, Poltern, nichtartikulierte Laute?
  - Sprache (Niveau des Sprachverständnisses und Ausdrucksvermögens, Verbalisierung dem Bildungsstand entsprechend?), Sprachschwierigkeiten bei Ausländern berücksichtigen

- ***Bewußtsein und Vigilanz (s. S. 25–28 ff.):***
  Voraussetzung für
  - Aufmerksamkeit
  - Konzentration
  - Merkfähigkeit
  - Gedächtnis und Orientierung
- ***Empfindung und Wahrnehmung (s. S. 32–34 ff.):***
  - Mißempfindungen
  - Illusionen
  - Halluzinationen etc.
- ***Denken und Vorstellen (s. S. 34–39 ff.):***
  - formale Denkstörungen
  - inhaltliche Denkstörungen wie Wahn- und Zwangsvorstellungen
- ***Affektivität (s. S. 39–41 ff.):***
  - Depression
  - Euphorie etc.
- ***Antrieb (s. S. 41–42 ff.):***
  - Antriebsstörungen
  - psychomotorische Störungen etc.
- ***Ich-Erleben (s. S. 42–43):***
  - Ich-Störungen wie Entfremdungserlebnisse
  - Gedankenausbreitung, Gedankenentzug etc.
  - Autismus
- ***Intelligenz (s. S. 43–44):***
  - angeborene Intelligenzminderung
  - erworbene Intelligenzminderung
- ***Sonstige Merkmale:***
  - Krankheitsgefühl (Empfindung des Schweregrades der Erkrankung)
  - Krankheitseinsicht (Akzeptanz der Krankheit und ihrer Behandlung, Bereitschaft zu Compliance, Arbeitsbündnis)
  - Leidensdruck (subjektives Erleben der Beeinträchtigung durch die Krankheit)
  - Krankheitsgewinn: primärer (z.B. trotz unangenehmer psychosomatischer Symptome Konfliktvermeidung) und sekundärer (z.B. äußere Zuwendung durch Angehörige, Rente etc.)
  - Simulation (Vortäuschung einer Krankheit)
  - Dissimulation (Vortäuschung von Gesundheit und Leugnung der Krankheit)
  - Selbstbeschädigung und Suizidalität
- ***Verhalten in der Untersuchungssituation:***
  - Kontaktaufnahme (freiwillig oder erzwungen; zuhause, in der Arztpraxis oder auf der Intensivstation; Hilfesuchverhalten oder Ablehnung)

- Reaktionsfähigkeit
- Wechselbeziehung zwischen Patient und Untersucher

Somatischer Befund

- körperliche, insb. internistische, neurologische, klinische Untersuchungsbefunde
- Laborergebnisse, Röntgen, EKG, EEG, CCT, Kernspintomographie, PET usw.

Weitere Befunde

Neben den klinisch-psychologischen Testfragen kann der psychopathologische Befund z. B. durch Einsatz bzw. Ergebnisse ***psychologischer Testverfahren*** untermauert werden (s. Anhang B).

2.5 Beurteilung und Diagnose

Nicht sofort auf eine Diagnose zusteuern! Bei Beurteilung und Diagnose eines Falles sollte in folgender Reihenfolge vorgegangen werden:
- Feststellung des psychopathologischen Befundes (Querschnitt)
- Bildung von ätiologisch zunächst unspezifischen Symptomenkomplexen (psychiatrische Syndrome)
- Beschreibung der Syndrome nach psychopathologischen Kriterien wie Bewußtsein, Gedächtnis, Orientierung, Wahrnehmung, Denken, Stimmung
- Benennung der Syndrome nach meist kennzeichnenden und hervorstechenden Symptomen (Tabelle 2.4)
  Nach der Syndrombestimmung Versuch, die prämorbide Persönlichkeit, den Krankheitsverlauf und ätiologisch relevante Befunde einzuschließen, d. h. Interpretation mit ätiologischen Vermutungen
- erst jetzt Versuch einer diagnostischen Beurteilung

Es ist zu differenzieren zwischen der umfangreichen diagnostischen Beurteilung im Sinne einer individuell vorgehenden, umfänglichen nosologischen Beschreibung unter Verwendung diagnostischer Termini einerseits und andererseits der Diagnosenstellung im Sinne einer oder mehrerer Störungen, die sich in einer Klassifikation finden.

	Bewußtsein	Gedächtnis	Orientierung	Wahrnehmung	Denken	Stimmung	Antriebslage	Vorkommen
Manisches Syndrom	klar	erhalten	erhalten	normal	Ideenflucht (Größenideen)	gehoben (heiter)	Erregung	Manie, organische Hirnerkrankungen (z. B. Paralyse), Vergiftungen, Schizophrenie
Depressives Syndrom	klar	erhalten	erhalten	normal	Denkhemmung, depressive Ideen	gedrückt	Hemmung	Depression, Schizophrenie, organische Hirnerkrankungen
Angstsyndrom	mitunter getrübt	erhalten	mitunter gestört	illusionäre Verkennungen	Verfolgungsideen	ängstlich	Erregung	Depression, Schizophrenie, symptomatische und senile Psychosen
Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	klar	erhalten	erhalten	akustische Halluzinationen	Beeinträchtigungsideen	mißtrauisch, ängstlich, gespannt	oft Erregung	Schizophrenie, organische Hirnerkrankungen, symptomatische und toxische Psychosen
Hyperkinetisches Syndrom (Erregungszustand)	oft getrübt	oft Erinnerungslücke	oft gestört	Sinnestäuschungen	oft gestört, (Zerfahrenheit, Inkohärenz) gehoben	gehoben, ängstlich oder zornig	Erregung	Schizophrenie, symptomatische Psychosen, organische Hirnerkrankungen, Vergiftungen

Tabelle 2.4. Beispiele für Psychiatrische Syndrome (Symptomenkomplexe) nach D. von Zerssen

Tabelle 2.4. (Fortsetzung) Beispiele für Psychiatrische Syndrome (Symptomenkomplexe) nach D. von Zerssen

	Bewußtsein	Gedächtnis	Orientierung	Wahrnehmung	Denken	Stimmung	Antriebslage	Vorkommen
Akinetisches Syndrom (Stupor)	klar	erhalten	erhalten	normal	oft gehemmt	gleichgültig, gedrückt oder gespannt	Sperrung	Schizophrenie, Depression, psychogene Haftreaktion (Haftstupor)
Dämmerzustand	getrübt oder eingeengt	Erinnerungslücke	meist gestört	Sinnestäuschungen	Wahnideen	gespannt, ängstlich, zornig	Erregung	Epilepsie, Hirnverletzungen, pathologischer Rausch, psychogene Reaktion
Delirantes Syndrom	getrübt	Erinnerungslücke	meist gestört	optische Haluzinationen	Wahnideen	meist ängstlich	Erregung	Symptomatische Psychosen, Hirnverletzungen, organische Hirnerkrankungen, Vergiftungen, Alkoholismus
Amnestisches Syndrom (Korsakow)	(klar)	Merkschwäche, Erinnerungslücken, Konfabulationen	meist gestört	normal	normal	verschieden	oft Antriebsmangel	Alkoholismus, CO-Vergiftungen, organische Hirnerkrankungen, symptomatische Psychosen

Als Orientierungshilfe gilt die ***klassische Einteilung*** der psychiatrischen Diagnosen nach dem triadischen System:

- körperlich begründbare psychische Störungen (exogene Psychosen/organische Psychosyndrome)
- endogene Psychosen (Schizophrenie und affektive Psychosen)
- psychogene Störungen

Hinzu kommen als viertes (tetradisches System):

- sog. „Spielarten des Normalen“: Persönlichkeitsstörung und Intelligenzminderung (Kurt Schneider)[1]

Zwischen diesen Gruppen sind viele Überschneidungen möglich (z.B. bei den Abhängigkeitserkrankungen)

Bei Vorliegen mehrerer Störungen (Mehrfachdiagnosen, Komorbidität) kann man nach der sog. **Schichtenregel** nach Jaspers vorgehen: die schwerwiegendere Erkrankung bzw. die körperlich begründbare Störung hat Vorrang. Neuerdings bürgert sich ein, die aktuell im Vordergrund stehende Störung als Hauptdiagnose an den Anfang zu stellen.

Beispiel für **Komorbidität:** Die Hauptdiagnose besteht aus der Aktualdiagnose Alkoholabhängigkeitssyndrom und der Basisdiagnose Schizophrenie. Bei dem Patienten kann ferner beispielsweise eine nicht direkt damit zusammenhängende psychiatrische Ergänzungsdiagnose (z.B. Persönlichkeitsstörung) gestellt werden sowie Zusatzdiagnosen (z.B. Ulcus duodeni; Selbstintoxikation mit Diazepam)

Aus wissenschaftlichen Gründen (Vergleichbarkeit) aber auch unter praktischen Gesichtspunkten, wurden **Klassifikations- bzw. Diagnosensysteme** entwickelt:

- die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte International Classification of Diseases (ICD); derzeit ist in Deutschland seit dem 1.1.2000 die 10. Revision (ICD-10) offiziell gültig. Diese 10. Revision ist international und national für alle Krankheiten verbindlich; das Kapitel F (V) psychische Störungen; neu gegenüber der ICD-9 die Einführung der operationalisierten, d.h. auf Kriterien basierenden Diagnostik; neben Symptomen (Merkmalen) auch Zeit- und Verlaufskriterien, Ein- und Ausschlußdiagnosen. Eine Übersicht des Kapitels „Psychische Störungen“ im Anhang C
- das von der American Psychiatric Association (APA) entwickelte Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM); derzeit gültig ist die 4. Fassung (DSM-IV); sie ist auf psychische Störungen begrenzt.

[1] Schneider K (1992) Klinische Psychopathologie, 14. Aufl. Thieme, Stuttgart

Zu diesen Systemen gibt es eine Reihe von strukturierten oder standardisierten Interviews sog. diagnostische Instrumente: (z. B. Composite International Diagnostic Interview – CIDI, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – SCAN, International Personality Disorder Examination – IPDE

Vorteile: gleichmäßige Erfragung des gesamten Befundes, vollständige Befunddokumentation, da keine Frage vergessen wird

Nachteile: wenig individualisiertes Vorgehen des Interviewers, auf das der Patient evtl. mit latenter Ablehnung reagiert; großer Zeitaufwand; Übersehen von ungewöhnlichen Befunden

2.6 Dokumentation

Krankengeschichte

Die Krankengeschichte sollte entsprechend dem diesem Kapitel vorangestellten Überblick (vgl. S. 8) gegliedert und durch Überschriften und Unterstreichungen auch optisch strukturiert sein.

Die Krankengeschichte ist der Versuch eines objektiven Berichts unter Einbeziehung der subjektiven Wahrnehmungen des Untersuchers: anschaulich konkrete Darstellung, möglichst auch mit charakteristischen wörtlichen Zitaten, große Bedeutung auch von Details!

Die *Fremdanamnese* ist stets getrennt von den Angaben des Patienten zu dokumentieren! Wird im Rahmen der Anamnese auf Fremdanamnese Bezug genommen, so sollten neben dem Zeitpunkt des Gesprächs der Name des Referenten, möglichst mit Personalien (Adresse, Alter, Telefonnummer!), sowie die Dauer der Bekanntschaft des Referenten mit dem Patienten notiert werden.

Die Krankengeschichte schließt mit dem Behandlungsplan und evtl. den Rehabilitationsmaßnahmen. – Namen des Untersuchers nicht vergessen!

Psychiatrischer Arztbrief

Der weiterbehandelnde Arzt sollte den Arztbrief *vor* dem ersten Termin mit dem Patienten erhalten (nach Wochen oder Monaten eintreffende Arztbriefe haben nur noch für den Absender dokumentarische Bedeutung)!

Formal sollte der Arztbrief folgende Kriterien erfüllen:

- klare Gliederung
- weniger ausführlich als die Krankengeschichte: maximal ein Briefbogen
- Der Inhalt dient dem Verständnis des Falles für die Weiterbehandlung, daher: möglichst keine Normalbefunde, eindeutige Diagnosen (ICD-Nummer), letzte bzw. empfohlene Medikation (Handelsnamen und Generika) und sonstige Behandlungsmaßnahmen
- vor Entlassung: Einverständnis des Patienten bezüglich Übersendung der Arztbriefe einholen und mit Namen der Ärzte dokumentieren!
- möglichst keine Mitteilung von intimen, vertraulichen Inhalten, vor allem keine Fakten über namentlich genannte Dritte (In der Praxis liest meist nicht nur der Arzt die Berichte! Trotz „Vertraulich“-Stempel werden Berichte oft weitergegeben: an Krankenkassen und Sozialämter etc., die zwar den Krankheitsbefund, nicht aber biographische, oft sehr persönliche Details benötigen, oder an die Patienten selbst, die die Berichte dann u. U. ohne Erklärung erhalten und mißverstehen können.)

Basisdokumentation

Systematische Kurzdokumentation auf Vordrucken, enthält soziodemographische und diagnostische Charakterisierung von Patienten bei Behandlung in stationären oder ambulanten Institutionen: ICD-Diagnose, Überweisungsquelle, Weiterbehandlung, Suizidversuch vor oder während der Behandlung, berufliche Stellung, Wohnsituation u. a. (von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN empfohlene Merkmale)

Sinn der Basisdokumentation: Dokumentation der Versorgungsleistung der jeweiligen Einrichtungen und soziodemographische Charakterisierung der Patienten einer Institution; dient als Planungsgrundlage

Man beachte die Auflagen des Datenschutzes: nur Weitergabe von aggregierten Daten!

3 Psychopathologie

Die Psychopathologie ist die Lehre von den psychischen Phänomenen und Symptomen der psychiatrischen Störungen und Krankheiten. – Psychopathologische Phänomene bestimmen zwar bei den meisten psychischen Störungen das klinische Erscheinungsbild, sie sagen jedoch nichts Verläßliches über Ätiologie und Pathogenese der zugrunde liegenden Störung aus. Die klinische Beobachtung kann keinesfalls durch apparative Untersuchungen oder Laboranalysen ersetzt werden.

Aufgabe der klinischen Psychopathologie ist die systematische Analyse und Dokumentation der beobachteten Symptome und Befunde, primär im Querschnitt, aber auch im Verlauf.

Das Kapitel „Psychopathologie ist nach Elementarfunktionen gegliedert: den Beschreibungen dieser (ungestörten) Elementarfunktionen folgen jeweils die möglichen Störungen.

ELEMENTARFUNKTIONEN UND IHRE STÖRUNGEN:

Bewußtsein/Vigilanz
- Quantitative Bewußtseinsstörung
- Qualitative Bewußtseinsstörung

Aufmerksamkeit/Gedächtnis
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- Auffassungsstörungen
- Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen

Orientierung
- Orientierungsstörungen

Wahrnehmung
- Quantitative Wahrnehmungsstörungen
- Qualitative Wahrnehmungsstörungen

Denken
- Formale Denkstörungen
- Inhaltliche Denkstörungen

Affektivität
- Affektive Störungen

Antrieb
- Antriebsstörungen
- Psychomotorische Störungen

Ich-Erleben
- Ich-Störungen

Intelligenz
- Angeborene Intelligenzminderung
- Erworbene Intelligenzminderung

3.1 Bewußtsein/Vigilanz

3.1.1 Definition der Elementarfunktion

Bewußtsein ist durch zwei unterschiedliche Aspekte gekennzeichnet:
- Bewußtsein als Vigilanz im Sinne der ***Schlaf-Wach-Schaltung***, auch bei Tieren vorhanden
- ***Reflektierendes Bewußtsein*** als das unmittelbar auf die Person selbst bezogene Wissen um geistige und seelische Zustände, d. h. Wissen um die Beziehung zwischen Bewußtseinsinhalt (Erleben, Erinnerung, Vorstellung, Denken) und dem Ich, dem etwas bewußt ist

Voraussetzung reflektierenden Bewußtseins ist ***Vigilanz (Wachheit).*** Nur dadurch sind Auffassen und Erkennen (in Verbindung mit dem persönlich-lebensgeschichtlichen Kontext) möglich. Die Prüfung des reflektierenden Bewußtseins ist nur indirekt über Beobachtung der Aufmerksamkeit, Konzentration, Merk- und Gedächtnisfähigkeit möglich.

3.1.2 Störungen der Elementarfunktion

Störungen des Bewußtseins können quantitativer oder qualitativer Art sein, häufig sind sie eine Kombination beider.

Quantitative Bewußtseinsstörung/Vigilanzstörung, Bewußtseinsminderung

Definition: durch Verminderung der Vigilanz bedingte Bewußtseinsstörung.

Vorkommen: bei hirnorganischen Störungen, Intoxikationen, schweren Allgemeinerkrankungen. Leichtere Formen auch bei körperlicher Erschöpfung, schwerere Formen nach Schädel-Hirn-Trauma, bei Stoffwechselstörung sowie präfinal. Vigilanzstörungen sind immer Hinweis auf organische Ätiologie!

Formen:

- ***Benommenheit***
  Definition: leichtester Grad von Vigilanzstörung
  Erscheinungsbild: Auffassungsstörungen und Verlangsamung des Denkens
- ***Somnolenz***
  Definition: abnorme (krankhafte) Schläfrigkeit
  Erscheinungsbild: schläfrig-benommen, stark verlangsamt, fehlende Spontanäußerungen,
  aber weckbar! Oft weitgehende Amnesie!
- ***Sopor***
  Definition: ausgeprägter Grad von Vigilanzstörung, Betäubung
  Erscheinungsbild: nur stärkere Reize lösen noch Reaktionen aus: bei Schmerzreizen geordnete Abwehrbewegungen. Für kurze Zeit weckbar!
- ***Koma***
  Definition: Bewußtlosigkeit
  Erscheinungsbild: Zustand tiefster, nicht zu unterbrechender Bewußtseinsstörung, d.h. nicht weckbar! Keine Reaktion auf Anrufen. Auf Schmerzreize evtl. unkoordinierte Abwehrbewegungen (Reflexverhalten je nach Tiefe des Komas unterschiedlich), u.U. fehlende Sehnen- und Hautreflexe

Qualitative Bewußtseinsstörung

Definition: Veränderung des Bewußtseins

Formen:

- ***Bewußtseinstrübung***
  Definition: Verwirrtheit von Denken und Handeln
  Der Begriff „Bewußtseinstrübung" wird in der Allgemeinmedizin häufig weit gefaßt und auf fast alle Störungen des Bewußtseins (mit Ausnahme vom Koma auch auf die quantitativen Störungen) angewandt. Auch wenn die Unterscheidung zwischen Bewußtseinstrübung und Benommenheit gelegentlich problematisch ist, sollte sie prinzipiell jedoch aufrechterhalten werden!
  Erscheinungsbild:
  - mangelnde Klarheit der Vergegenwärtigung des Erlebens in bezug auf Ich und Umwelt
  - Fehlen von Zusammenhängen zwischen einzelnen Vorgängen (zerstückeltes Bewußtsein)
  - Verlangsamung, Inkohärenz und Verwirrtheit des Denkens
  - Merkfähigkeitsstörungen
  - oft gepaart mit Desorientierung

  Vorkommen: Delir, amentielles Syndrom z.B. bei zerebrovaskulären Erkrankungen, schwere paranoid-halluzinatorische Psychosen
- ***Bewußtseinseinengung***
  Definition: (traumhafte) Veränderung des Bewußtseins im Sinne einer Verkleinerung des Bewußtseinsfeldes
  Erscheinungsbild:
  - Einengung von Denkinhalten und Vorstellungen, Erlebnissen und Handlungsweisen
  - verminderte Ansprechbarkeit auf Außenreize: Aufmerksamkeit erscheint nach innen gerichtet
  - Handlungsfähigkeit bleibt im großen und ganzen erhalten, es können sogar komplizierte Handlungen möglich sein
  - gelegentlich mit illusionärer Verkennung oder Halluzinationen gepaart
  - für den Zustand der Bewußtseinseinengung besteht anschließend in der Regel Amnesie

  Vorkommen: Dämmerzustand bei Epilepsie, bei pathologischem Rausch, Hirntraumen, Intoxikation, Enzephalitis; gelegentlich unter hohem Affektdruck (z.B. Panik, Schock) bei sog. hysterischem Dämmerzustand; bei Somnambulismus im sog. besonnenen (geordneten, orientierten) Dämmerzustand zwar Einengung des Bewußtseins, aber äußerlich geordnetes Handeln, später Amnesie
  Differentialdiagnose: **Oneiroid** (= traumhafte Verworrenheit; oneiros gr. Traum), Patient wirkt wie im Trancezustand. In der Regel zusätzlich illusionäre Verkennung und andere Sinnestäuschungen, evtl. auch wahnhafte Erlebnisse. Hier u.U. auch getrübtes Bewußtsein. Literarisches Beispiel: Käthchen von Heilbronn von Kleist
- ***Bewußtseinsverschiebung/-erweiterung***
  Definition: abnorme Helligkeit des Bewußtseinsfeldes

Erscheinungsbild: Veränderung gegenüber durchschnittlichem Tagesbewußtsein, Gefühl der Intensitäts- und Helligkeitssteigerung, Vergrößerung des Bewußtseinsraums, ungewöhnliche Wachheit. Diese Zustände können mit verkürzter Reaktionszeit, aber auch mit Einschränkung der Wahrnehmungs- und Koordinationsfähigkeit und Unruhe einhergehen.
Vorkommen:
- Intoxikation (insb. durch Psychostimulantien oder Halluzinogene)
- beginnende endogene Psychose, Manie
- Meditation, Ekstase

3.2 Aufmerksamkeit und Gedächtnis

3.2.1 Definition der Elementarfunktion

Die Aufmerksamkeit (das Ausrichten des Wahrnehmens, Vorstellens und Denkens auf bestimmte gegenwärtige oder erwartete Erlebnisinhalte), Konzentration und Auffassung sind eng mit Merkfähigkeit und Gedächtnis verknüpft. Diese Funktionen sind schwer isoliert zu prüfen! – Beachte die Bedeutung von Motivation und affektiver Beteiligung!

3.2.2 Störungen der Elementarfunktion

Aufmerksamkeits-/Konzentrationsstörungen

Definition: Unfähigkeit zur Ausrichtung, Sammlung und Hinordnung auf einen Gegenstand

Erscheinungsbild: Störung der Fähigkeit, „bei der Sache" zu bleiben, seine Aufmerksamkeit ausdauernd einer bestimmten Tätigkeit oder einem bestimmten Gegenstand zuzuwenden

Vorkommen: physiologische Müdigkeit, organisches Psychosyndrom

Prüfung:
- *Aufmerksamkeit:* im klinischen Gespräch
- *Konzentration:* Testaufgaben wie z. B. den Patienten von der Zahl 100 immer jeweils 7 subtrahieren lassen u. ä. Aufgaben oder Testverfahren wie z. B. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test d2 (s. Anhang B)

Auffassungsstörungen

Definition: Störung der Fähigkeit, Wahrnehmungserlebnisse in ihrer Bedeutung zu begreifen, sie sinnvoll miteinander zu verbinden und mit früheren Erfahrungen zu verknüpfen. Auffassung kann falsch oder verlangsamt sein oder fehlen.

Erscheinungsbild: (nicht wahnhafte) Fehldeutung von Wahrgenommenem, Schwerbesinnlichkeit (bei organisch Verlangsamten)

Vorkommen: Aphasie, exogene Psychosen

Prüfung: Patient Fabeln oder kleine Geschichten nacherzählen lassen (= Prüfung der Merkfähigkeit)

Merkfähigkeits-/Gedächtnisstörungen

Definitionen:
- *Merkfähigkeitsstörungen:* Herabsetzung bis Aufhebung der Fähigkeit, sich neue Eindrücke über eine Zeit von ca. 10 min zu merken und ins Gedächtnis einzuprägen (Merkfähigkeit ist Voraussetzung für Gedächtnisfunktionen. Ein Teil des Gemerkten wird in Minuten wieder gelöscht, ein Teil wandert in den Gedächtnisspeicher.) Prüfung der Merkfähigkeit durch Reproduktion aus dem Immediat- und dem Kurzzeitgedächtnis (Erklärung s. Kasten S. 30)
- *Gedächtnisstörungen:* Störung der Erinnerungsfähigkeit, Herabsetzung oder Aufhebung der Fähigkeit, länger als ca. 10 min zurückliegende Eindrücke im Gedächtnis zu behalten bzw. abzurufen

Erscheinungsbild:
- *Amnesie:* (Erinnerungslosigkeit)
  - *total; lakunär:* bezogen auf Episoden körperlicher oder seelischer Störungen
  - *retrograd:* Erinnerungslosigkeit für die *vor* einem bestimmten Ereignis mit Bewußtlosigkeit liegende Zeit (z. B. Verkehrsunfall)
  - *anterograd:* Erinnerungslosigkeit für die *nach* einem Ereignis mit Bewußtlosigkeit liegende Zeit
- *Hypomnesie:* unterdurchschnittliches Gedächtnis
- *Hypermnesie:* übermäßiges Gedächtnis (z. B. auch manche Autisten)
- *Zeitgitterstörung:* mangelnde Zuordnung biographischer Ereignisse bei mnestisch gestörten Kranken
- *Konfabulation:* Erinnerungslücken werden mit Einfällen und Phantasien des Patienten aufgefüllt, die dieser für Erinnerungen hält (Patient ist von der Realität der Konfabulationen überzeugt)
- *Paramnesien:* Erinnerungstäuschungen bis Gedächtnisillusionen und -halluzinationen (Trugerinnerungen)

- *Déjà-vu:* meist kurzdauerndes Gefühl der Bekanntheit, des bereits einmal Erlebten ohne Gedächtnisbelege hierfür (bei Psychosebeginn, bei Intoxikationen, in der epileptischen Aura, zu Beginn einer Dämmerattacke, bei Erschöpfung, im Traum; häufig auch bei Nichterkrankten als flüchtiges Erleben)
- *Jamais-vu:* Gefühl der Fremdheit in einer bestimmten Situation
- *Ekmnesie:* Vergangenheit wird als Gegenwart erlebt; Störung von Zeiterleben und Zeitgitter (z. B. bei Demenz)
- *Transitorische globale Amnesie:* einige Stunden dauernde, meist einmalige, ätiologisch wohl vaskulär bedingte Episode von Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, ferner von Unruhe und manchmal leichter Verwirrtheit. Häufiger Personen über 50 Jahre. Nach Remission bleibende Amnesie für diesen Zeitraum

PRÜFUNG:

In bezug auf die Funktionsprüfung sind zu unterscheiden:

- *Immediatgedächtnis (Ultrakurzzeit-, Arbeitsgedächtnis) (sec):* Rezeption und sofortige Wiedergabe von z. B. 6 vorgesprochenen Zahlen (1 Zahl/sec) vorwärts/-4 Zahlen rückwärts (z. B. dem Patienten unbekannte, dem Interviewer dagegen vertraute Telefonnummern); Addition von 2stelligen Zahlen mit Zwischenergebnis
- *Kurzzeitgedächtnis (min):* Prüfung der Behaltensleistung von Testwörtern (Segelschiff, Sonnenblume, Zimmermann, Kleiderschrank usw.), neugelernten Namen, zuvor gehörten Fabeln (Beispiel s. unten) nach ca. 10 min
- *Langzeitgedächtnis:* hierzu zählen Erinnerung von früher Gelerntem (Schulwissen), biographischen Inhalten (Altgedächtnis) und von in den letzten Tagen/Wochen neu Gelerntem wie aktuelle Tagesereignisse, Mahlzeiten vom Vortag usw. (Neugedächtnis). Prüfung durch Abfragen entsprechender Gedächtnisinhalte

Beispiel einer Fabel zur Prüfung des Kurzzeitgedächtnisses:

- *Biene und Taube* (nach Kloos[1]): Eine durstige Biene flog an einen Bach, um zu trinken; hierbei fiel sie ins Wasser. Das sah eine Taube, die am Ufer auf einem Baume saß. Sie brach mit dem Schnabel ein Blatt ab und warf es der Biene zu. Diese kletterte auf das schwimmende Blatt, trocknete an der Sonne ihre Flügel und flog davon. – Bald darauf sah die Biene, wie ein Jäger aus dem Hinterhalt seine Flinte auf die Taube anlegte. Da flog sie hinzu und stach den Jäger in die Hand, als er den Schuß auf die Taube abdrücken wollte. Der Jäger zuckte vor Schmerz, und der Schuß ging daneben. (Welche Eigenschaft hatte die Taube – die Biene? Lehre?)

[1] Kloos G (1965) Anleitung zur Intelligenzprüfung in der psychiatrischen Diagnostik. Gustav Fischer, Stuttgart

3.3 Orientierung

3.3.1 Definition der Elementarfunktion

Fähigkeit, sich zu Zeit, Ort, Situation und auch bzgl. der eigenen Person zurechtzufinden und die entsprechenden Angaben zu machen

Voraussetzung: keine beträchtliche Störung der Vigilanz, keine ausgeprägte Auffassungs- oder Merkfähigkeitsstörung!

3.3.2 Störungen der Elementarfunktion

Orientierungsstörung

Definition: fehlende oder unzureichende Fähigkeit, sich aktuell zu Raum und Zeit und der eigenen Person zu äußern. Der Betroffene wirkt unsicher bis desorientiert

Formen:

- *Zeitliche Orientierungsstörung:* Prüfung auf Tageszeit, Wochentag, Jahreszeit, Monat, Jahr und Datum (Datum wird oft auch von zeitlich Orientierten nicht genau gewußt!)
- *Örtliche Orientierungsstörung:* Patient weiß nicht, wo er ist. Voraussetzung für die Prüfung ist, daß der Patient die Möglichkeit zur Orientierung hatte (evtl. fehlend bei Krankenhausaufnahme auf unbekannte Station)

- *Situative Orientierungsstörung:* Patient hat keinen Überblick über die Situation, in der er sich befindet (z. B. Untersuchung). *Vorkommen:* bei Demenz; wahnhafte Fehlorientierung z. B. beim Delir
- *Orientierungsstörung zur Person:* Wissen um die eigene Person und persönliche lebensgeschichtliche Gegebenheiten sind gestört. Prüfung über Fragen nach Namen, Geburtstag, Beruf, Familienstand usw. *Divide* dementielle vs. wahnhafte Störung: bei wahnhafter Störung u. U. doppelte Orientierung (Wahnwelt und Realwelt!). Extrem: das eigene Spiegelbild wird als fremder Mensch erlebt

Vorkommen: vor allem bei körperlich bedingten psychischen Störungen

3.4 Wahrnehmung

3.4.1 Definition der Elementarfunktion

Sinnliche Wahrnehmung von Objekten aufgrund von Erinnerungsbildern als Gestalt (Ganzheiten); zentripetaler oder rezeptorischer Bereich

Voraussetzung: ausreichende Funktion der Sinnesorgane

3.4.2 Störungen der Elementarfunktion

Quantitative Wahrnehmungsstörungen

Definition: falsche Wahrnehmungen meist im Sinne von lückenhafter oder verminderter Wahrnehmung

Erscheinungsbild: Ausweitung und Beschleunigung, Fragmentierung oder Einengung sowie Fehlen der Wahrnehmung aufgrund von Aufmerksamkeits-, Auffassungs- oder Konzentrationsstörungen

Vorkommen: körperlich bedingte psychische Störungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, visueller Hemineglect (optischer Ausfall einer Seite)

Qualitative Wahrnehmungsstörungen

Definition: veränderte Wahrnehmungen bei verändertem Realitätserleben oder Wahrnehmungserleben ohne entsprechende Sinnesreize

Formen:
- ***Illusionen***
  Definition: verfälschte wirkliche Wahrnehmungen; etwas wirklich gegenständlich Vorhandenes wird für etwas anderes gehalten, als es tatsächlich ist. Zum Beispiel psychotische Personenverkennung (Capgras Syndrom: eine dem Patienten bekannte Person wird für deren Doppelgänger gehalten)
  Affektillusion: Verkennung in Folge des vorherrschenden Affektes (z. B. Angst). Literarisches Beispiel: Goethes Ballade vom Erlkönig
  Differentialdiagnose: im Gegensatz zur Halluzination ist bei der illusionären Verkennung der Wahrnehmungsgegenstand tatsächlich vorhanden. Im Gegensatz zur Wahnwahrnehmung, wo der Gegenstand richtig erkannt, ihm jedoch eine abnorme Bedeutung beigemessen wird, hier Verkennung des Gegenstandes
- ***Halluzinationen***
  Definition: Trugwahrnehmungen, d. h. Wahrnehmungserlebnisse ohne objektiv gegebenen Sinnesreiz, die für wirkliche Sinneseindrücke gehalten werden. Realitätsgewißheit (Störung bzw. Aufhebung des Realitätsurteils!). Erklärungswahn im Zusammenhang mit Halluzinationen. – Halluzinationen sind auf sämtlichen Sinnesgebieten möglich, so im Bereich des Hörens, Sehens, Riechens, Schmeckens, des Tastsinns, aber auch im Bereich von Temperatursinn und Schmerz sowie des Bewegungsgefühls (kinästhetische Halluzinationen):
  - *Akustische Halluzinationen:* Stimmenhören (grenzwertig als Gedankenlautwerden); sonstige elementare, unausgeformte (nonverbale) halluzinierte Geräusche (Akoasmen). Wichtig zu unterscheiden, ob Stimmen den Patienten direkt ansprechen (z. B. imperativ) oder (kommentierend) die Handlungen des Patienten begleiten, oder ob sie als Rede und Gegenrede von Drittpersonen empfunden werden (dialogische Stimmen). Halluzinationen sind manchmal aus der Mimik des Kranken zu vermuten (Blick in Richtung der Stimmen!). Zwischen Stimmenhören, Gedankenlautwerden und Gedankeneingebung (siehe Ich-Störungen!) ist gelegentlich schwer zu unterscheiden. Vorkommen: Schizophrenie, Alkoholhalluzinose
  - *Optische Halluzinationen:* szenische Halluzinationen oder Wahrnehmung kleiner Gegenstände, Figuren, Tiere („weiße Mäuse"). (Divide hypnagoge Halluzinationen: optische Sensationen beim Aufwachen oder Einschlafen.) Vorkommen: Alkoholdelir
  - *Olfaktorische und Geschmackshalluzinationen:* treten häufig gemeinsam auf oder gehen phänomenologisch ineinander über. Vorkommen: häufig während der epileptischen Aura; zuweilen auch Initialsymptom einer Schizophrenie

- *Haptische (taktile) Halluzinationen:* Wahrnehmung im Bereich der Haut oder Schleimhaut. Vorkommen: Dermatozoenwahn, Delir, Kokainpsychose
- *Leibhalluzinationen:* leibliche Beeinflussungserlebnisse von außen durch Hypnose, Apparate oder Strahlung; Charakter des „Gemachten“ z. B. Veränderungen an den Sexualorganen, elektrisches Ziehen, Druckgefühle etc. Dazugehörig auch taktile (des Tastsinns) und haptische (der Körperoberfläche) Halluzinationen, sofern sie von außen „gemacht“ sind. Vorkommen: Schizophrenie
- *Zönästhesien:* abstruse leibliche Empfindungen eigenartige Körpergefühlstörungen unterschiedlichster Qualität ohne den Charakter des Gemachten z. B. Ringgefühle, Brennen, Bohren, Verfaulen, Levitation etc. Vorkommen: zönästhetische Schizophrenie, auch gelegentlich bei Depressionen
- *Pseudohalluzinationen* entsprechen Halluzinationen mit dem Unterschied, daß das Realitätsurteil erhalten ist, Auftreten unabhängig vom Willen

• ***Sonstige Wahrnehmungsstörungen***
  - *(nicht halluzinatorische) Leibgefühlsstörungen*
  - *Dysästhesien:* veränderte unangenehme Wahrnehmungen auf der Körperoberfläche, etwa bei Berührung
  - *pareidolie:* ähnlich der Illusion, jedoch nicht vom Affekt getragen
  - *Makropsie, Mikropsie, Metamorphopsie;* auch u. U. Hypakusis und Verschwommensehen als einfache Wahrnehmungsveränderungen (z. B. bei neurotischen Störungen, aber auch bei Überforderung)

3.5 Denken

3.5.1 Definition der Elementarfunktion

Zentrale Ich-Funktion im Zusammenhang mit Vorstellen und Urteilen. Denken manifestiert sich in Sprache und Schrift, wird gesteuert von Wahrnehmungen, Assoziationen und Denkzielen und setzt die Verfügung über Gedächtnisinhalte voraus

3.5.2 Störungen der Elementarfunktion

Störungen des Denkens sind in bezug auf formalen Denkvorgang (formale Denkstörung) und auf Gedankeninhalt (Wahn, Zwang) möglich

Formale Denkstörungen

Definition: Es handelt sich um subjektive und objektive Veränderungen und Abwandlungen des normalen Denkvorgangs. Bedeutungsveränderungen und unlogisches Denken werden als vorwiegend formal gestört angesehen, obwohl hier auch eine Störung des Denkinhalts vorliegt

Formen:

- *Hemmung des Denkens:* subjektiv empfundene Erschwerung des Denkablaufs hinsichtlich Tempo, Inhalt und Zielsetzung, die auch bei offensichtlichem Bemühen des Patienten nicht behoben werden kann; Einengung, Mangel an Einfällen
- *Verlangsamung:* objektiv wahrgenommene Verzögerung des Denkablaufs. Gedankengang ist mühsam und schleppend. (Gegenteil: Beschleunigung)
- *Perseveration*
  - *inhaltlich:* Haften, an einem Thema „kleben“. Eingeengter Gedankengang, da Umstellung auf neue Denkziele kaum möglich
  - *verbal:* Verbigeration
- *Umständlichkeit:* mangelnde Abstraktionsfähigkeit; keine Trennung von Wesentlichem und Nebensächlichem. Der Patient verliert sich in Einzelheiten, ohne jedoch vom Ziel gänzlich abzukommen (weitschweifig!)
- *Vorbeireden (Danebenreden):* trotz Verständnis der Frage (aus Antwort und/oder Situation ersichtlich) nicht beabsichtigtes (!) an der gestellten Frage „Vorbeiantworten“
- *Sperrung des Denkens/Gedankenabreißen:* plötzlicher Abbruch eines zunächst flüssigen Gedankenganges, zuweilen mitten im Satz, ohne erkennbaren Grund; u. U. Themawechsel; Sperrung „subjektiv“ erlebt – Gedankenabreißen „objektiv“ beobachtet
- *Begriffsverschiebung*
  - *Konkretismus:* Begriffe können nur noch wörtlich, nicht im übertragenen Sinne verstanden und eingesetzt werden (Prüfung z. B. durch Sprichwörter: „Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm.“)
  - *Symboldenken:* Begriffe werden nur im übertragenen (metaphorischen) Sinne verstanden; Denken in Symbolen, die für Erlebniskomplexe stehen, nicht in abstrakten Begriffen
- *Begriffszerfall:* Begriffe verlieren ihre exakte Bedeutung und ihre scharfe Abgrenzung gegenüber anderen Begriffen
- *Kontamination:* Unterschiedliche, z. T. logisch unvereinbare Bedeutungen werden miteinander verquickt. Das äußert sich sprachlich u. a. in Wortneubildungen

- *Neologismus/Wortneubildung:* Vorkommen: z.B. im Traum, oft bei Schizophrenie (Sonderform Schizophasie; auch im Residuum) Beispiel: Angst steigt dem Kranken „wie eine Wolke in die Stirn. Sie auffümt zur Bastur."
- *Zerfahrenheit:* zusammenhangsloses und alogisches Denken; dissoziierter Gedankengang. Bei guter Kenntnis des Patienten ist der „tiefere Sinn" zerfahrener Äußerungen oft verstehbar (Ähnlichkeit mit primär-prozeßhaftem Denken im Traum). Im Extremfall bruchstückhafte, beziehungslose Sprache, unzusammenhängende Wörter oder Wortreste („Wortsalat")
- *Inkohärenz:* zerfahrenes Denken bei gleichzeitiger qualitativer Bewußtseinsstörung (exogene Psychosen vom amentiellen Typ). Das Denken absolut zusammenhanglos, d.h. die einzelnen Bruchstücke ohne Beziehung zueinander
- *Ideenflüchtiges/sprunghaftes Denken:* Unmöglichkeit, etwas längeren Gedankengang zu Ende zu führen, da ständig neue Assoziationen und Einfälle auftauchen. Das Denken wird nicht mehr von einer Zielvorstellung straff geführt. Patient „gerät vom Hundertsten" ins Tausendste. Gesamtzusammenhang gelockert, bleibt jedoch verständlich; leichte Ablenkbarkeit durch Außenreize
- *Logorrhoe:* unkontrollierter Redefluß (Cave: abwertende Verwendung dieses Begriffs!)
- *Gedankendrängen:* übermäßiger Druck vieler Einfälle oder auch ständig wiederkehrender Gedanken

Inhaltliche Denkstörung

Definition: Störung der Inhalte des Denkens, stets im Zusammenhang mit Störung des Realitätsurteils

Formen:

- ***Wahn***

  Definition: aus krankhafter Ursache entstehende, (im Sinne der Umwelt) irrige, gegenwärtig nicht korrigierbare Überzeugung von unmittelbarer Gewißheit, meist im Sinne der Eigenbeziehung. Obwohl Widerspruch zur Realität, dennoch unmittelbare persönliche Evidenz (Wahngewißheit); kein Bedürfnis nach Begründung dieser Fehlbeurteilung
  - *Wahngedanken, -ideen und -vorstellungen* (synonym verwendet) gehören der Vorstellungswelt des Kranken an
  - *Bei der Wahnwahrnehmung* wird einer realen Sinneswahrnehmung abnorme Bedeutung beigemessen (zweigliedrig). Beispiel: „Ein Hund erhob die linke Pfote, als ich mein Haus betrat. Damit warnte er mich vor der im Aufzug drohenden Gefahr."
  - *Wahneinfall:* plötzliche intuitive Gewißheit im Sinne eines Wahngedanken ohne äußeren Anlaß (eingliedrig). Beispiel: einer Kranken fällt ein, daß sie die wiedererstandene heilige Jungfrau von Orleans sei.

  Der Wahn im zeitlichen Verlauf:
  - *Wahnstimmung:* einleitende, unbestimmte Wahnstimmung mit Unheimlichkeit, Ratlosigkeit, Mißtrauen. Wahnwahrnehmungen oder -vorstellungen sind noch unbestimmt
  - *Manifester Wahn/Wahngewißheit:* entwickelt sich aus der Wahnspannung. Über sog. *Wahnarbeit* Ausgestaltung einzelner Wahnerlebnisse zu einem zusammenhängenden *Wahnsystem* möglich
  - *Residualwahn:* nach Abklingen einer akuten Manifestation weiterbestehender Wahn im Sinne eines Restwahns

  Wahn entsteht häufig in Verbindung mit Störungen der Affektivität als synthymer (kongruenter) Wahn z.B. als Verarmungs- oder Schuldwahn bei Depressionen. Tritt statt des zur Stimmung passenden Inhalts ein inadäquater, womöglich entgegengesetzter, so spricht man von parathymem (inkongruenten) Wahn.

  Durch eine intensive *Wahndynamik* (Beteiligung der Affekte, des Antriebs, des inneren Interesses am Wahn) kann es zu Suizid(-versuch) oder auffälligen Verhaltensweisen (evtl. Schutz- und Hilfesuche bei der Polizei) kommen, um dem wahnhaft befürchteten Schicksal zu entgehen

  Wahnthemen/-inhalte:
  - *Beziehungswahn:* abnormes Bedeutungsbewußtsein, wahnhafte Eigenbeziehung. Patient ist davon überzeugt, daß bestimmte Ereignisse in seiner Umgebung nur seinetwegen geschehen bzw. daß ihm damit etwas bedeutet werden soll
  - *Beeinträchtigungswahn:* Patient sieht Ereignisse nicht nur auf sich bezogen, sondern auch gegen sich gerichtet
  - *Kontrollwahn:* Gefühl von Überwachung und allgegenwärtiger Kontrolle durch bestimmte Menschen, Institutionen, Organisationen (wie Beeinträchtigungswahn nach ICD-10 typisch für Schizophrenie)
  - *Verfolgungswahn:* Steigerung des Beeinträchtigungswahns. Harmlose Ereignisse in der Umgebung werden als Anzeichen der Bedrohung und Verfolgung empfunden. Häufigster Wahn!
  - *Querulantenwahn:* Aus einer oft tatsächlich erfolgten Kränkung und der zunächst überwertigen Idee, dieses Unrecht nicht auf sich beruhen lassen zu können, entwickelt sich der Querulantenwahn. Er ist gekennzeichnet durch einen absolut uneinsichtigen, selbstgerechten Kampf ums Recht, der sich allmählich vom ursprünglichen Gegner auf die ganze Gesellschaft ausweitet (klassisches Literaturbeispiel eines Rechtsparanoikers: „Michael Kohlhaas" von Heinrich v. Kleist)

- *Eifersuchtswahn:* „Wahn ehelicher Untreue", Wahn, vom Partner hintergangen zu werden. Mögliche Aggressionen richten sich vornehmlich auf den Partner, nicht auf den Nebenbuhler. Insb. im Zusammenhang mit Alkoholismus auftretend
- *Größenwahn:* expansives Erleben mit wahnhafter Selbstüberschätzung bis zu enormer Selbsterhöhung; verstiegenste Vorstellungen von ungeheurer Macht, revolutionärer Weltverbesserung und umwälzenden Erfindungen. Zum Größenwahn zählen der „Wahn hoher Abstammung", „Erfinderwahn", „religiöser Wahn" (Kommunikation mit Gott). – Vorkommen z. B. bei Schizophrenie und (synthym) bei Manie
- *Schuldwahn:* Patient wähnt, gegen Gott, höhere sittliche Instanzen oder Gesetze verstoßen, Vertrauen mißbraucht zu haben etc. Ebenso wie Verarmungs- und hypochondrischer Wahn oft sekundär bei affektiven Psychosen
- *nihilistischer Wahn (Cotard-Syndrom „délire des négations",* ins Wahnhafte gesteigerter Nihilismus): Gefühl der Nichtexistenz oder Verneinung der Existenz, des Körpers, der Welt
- *Symbiontischer Wahn/Folie-à-deux:* Ein dem primär Erkrankten Nahestehender partizipiert an dessen Wahnerleben: Induzent und Induzierter entwickeln einen gemeinsamen Wahn (häufige Thematik: Verfolgungswahn)

- ***Überwertige Ideen***

  Definition: nichtwahnhafte, aber inhaltlich als Komplex fest miteinander verbundene Gedanken, die in unangemessener Weise die Person beherrschen
- ***Zwang***

  Definition: Auftreten von Vorstellungen und Handlungsimpulsen, die als der Person zugehörig, aber ich-fremd erlebt werden und nicht zu unterdrücken sind (trotz ihres als unsinnig erkannten Charakters). Keine willentliche Beeinflussung möglich. Quälendes Erleben, bei Unterdrückung des Zwangs tritt Angst auf. Wird wegen des Persistierens bestimmter Denkinhalte bzw. des Beharrens von Vorstellungen als „inhaltliche Denkstörung angesehen. – Auftreten ubiquitär

  Formen:
  - *Zwangsgedanken:* zwanghaft persistierende Denkinhalte, die nicht unsinnig sein müssen, deren Persistenz jedoch als unsinnig oder ungerechtfertigt empfunden wird. Charakteristisch ist das Sich-aufdrängen von abgelehnten Vorstellungen und Angst vor abgewehrten Fehlhandlungen. Zu Zwangsgedanken werden gerechnet: Zwangsgrübeln, Zwangsvorstellungen, Zwangserinnerungen, Zwangsbefürchtungen usw.

  - *Zwangshandlungen:* meist aufgrund von Zwangsgedanken oder -befürchtungen stereotyp wiederholte Handlungen (Zwangsrituale). Beispiele: Kontrollzwang, Waschzwang usw.
  - *Zwangsimpulse:* sich zwanghaft aufdrängende innere Antriebe, als sinnlos oder gefährlich empfundene Handlungen durchzuführen: jemanden umbringen, selbst aus dem Fenster springen, während eines Konzerts obszöne Worte rufen etc. Zwangsimpulse werden glücklicherweise fast nie realisiert!
- ***Phobien** (s. affektive Störungen S. 40)*

3.6 Affektivität

3.6.1 Definition der Elementarfunktion

Zusammenfassende Bezeichnung für Gefühle, Affekte und Stimmungen. Die Affektivität (das Gefühlsleben, die Emotionalität, das Gemüt) ist persönlichkeitsbestimmend. Spezielle Leibwahrnehmungen wie Hunger, Schmerz, sexuelle Erregung (lokal und auch ganzheitlich empfunden) sowie allgemeinere Leibwahrnehmungen (Gemeingefühle, Vitalgefühle) bestimmen die Befindlichkeit und tragen die Stimmung. Begriffsbestimmung:

- *Stimmung:* Gesamtlage des Gefühlszustandes über längere Zeitstrecken, welche Empfindungen, Denken und Handeln bestimmt, also langfristiger Gefühlszustand
- *Affekte:* kurzdauernde, umschriebene Gefühlsabläufe; Gefühlswallungen wie Wut, Ärger, Angst, Verzweiflung, Freude
- *Gefühle (Emotionen):* zahlreiche einzelne Gefühle elementarer und höherer Art wie Liebe, Freude, Trauer, Zuneigung, religiöse Verehrung, aber auch Vitalgefühle wie Spannkraft, Wohlbehagen, Abgespanntheit und Erschöpfungsgefühl

3.6.2 Störungen der Elementarfunktion

Affektivitätsstörungen

Definition: Störungen von Stimmung und Gefühlen (Emotionalität), einschließlich abnormer Affekte. In Verbindung mit Störungen der Affektivität treten häufig Insuffizienzgefühle und synthyme (zur Stimmung

passende, kongruente) Wahninhalte wie Verarmungswahn, Schuldwahn oder auch Größenwahn auf

Formen:

- *Affektlabilität:* rascher Wechsel von Affekten, die meist von kurzer Dauer sind und vielfachen Schwankungen unterliegen
- *Affektinkontinenz:* fehlende Beherrschung von Affektäußerungen (bei zerebralen Abbauprozessen)
- *Stimmungslabilität:* Beeinflußbarkeit, Wechsel der Stimmung je nach Denkinhalt
- *Depressivität:* niedergeschlagene Stimmung
- *Euphorie, Hypomanie, Manie:* unterschiedliche Grade gehobener Stimmung, am stärksten ausgeprägt bei manischer Stimmung
- *Dysphorie:* gereizte Verstimmtheit
- *Affektverflachung:* mangelnde Ansprechbarkeit des Gefühls, fehlende Schwingungsfähigkeit, oft „läppisches“ Verhalten; (häufig bei Hebephrenie)
- *Apathie:* Gefühllosigkeit, Teilnahmslosigkeit
- *Torpidität:* Stumpfheit, Unansprechbarkeit bei Schwachsinnigen (bei Personen mit Intelligenzminderung)
- *Ambivalenz:* Koexistenz gegensätzlicher Gefühle, meist als quälend empfunden
- *Parathymie:* Gefühlsverkehrung, paradoxer Affekt, Gefühlsausdruck und Erlebnis- bzw. Gedankeninhalt stimmen nicht überein (affektiv inadäquat)
- *Gefühl der Gefühllosigkeit:* Verlust von affektiver Schwingungsfähigkeit; stattdessen Gemütsleere und -öde; Gefühle wie abgestorben; qualvolles Erleben
- *Störung der Vitalgefühle (Vitalstörungen):* Daniederliegen der allgemeinen Leibgefühle (Gemeingefühle), fehlende körperlich-seelische Frische und Spannkraft; Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, körperliches Unbehagen; oft begleitet von Druck auf der Brust etc.
- *Angst:* als frei flottierende, unbestimmte Angst und als anfallsartig auftretende Panik; verbunden mit vegetativen Symptomen
- *Phobie:* „unangemessene“ Angst vor bestimmten Personen, Tieren, Gegenständen oder Situationen; aus Angst Vermeidungsreaktionen; Erythrophobie (Errötungsfurcht), Aichmophobie (aichmä gr. scharfe Spitze, Lanze), Zoophobie (bezogen auf zahlreiche Tierarten), Akrophobie (Höhenangst; akron gr. Spitze, Gipfel), Agoraphobie (agora gr. Marktplatz), Klaustrophobie (claustrum lat. verschlossener Raum), Karzinophobie, Nosophobie (Krankheitsfurcht), Aidsphobie, Algophobie (algos gr. Schmerz), Phobophobie (Furcht vor Angstanfällen) etc.

Cave: Dysmorphophobie ist eine überwertige oder eine wahnhafte Idee (z. B. mißgestaltete Nase, die „allen anderen“ unangenehm auffällt)

3.7 Antrieb

3.7.1 Definition der Elementarfunktion

Im effektorischen oder zentrifugalen Funktionsbereich vom Willen weitgehend unabhängig wirkende Kraft, verantwortlich für die Bewegung aller seelischen Leistungen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer. Der Antrieb unterhält Lebendigkeit, Initiative, Aufmerksamkeit, Tatkraft. Vor allem am Ausdrucksverhalten und an der Psychomotorik zu erkennen
Weitere ***Definitionen*** aus diesem Bereich:

- *Trieb:* vitale Lebensbedürfnisse wie Nahrungstrieb, Sexualtrieb etc. Kann nur indirekt aus Handlungen und Äußerungen erschlossen werden („Triebhandlung“ ist die auf Erreichen eines bestimmten Triebziels gerichtete Handlung)
- *Drang:* unbestimmtes, ungerichtetes, nach Entladung drängendes Gefühl innerer Unruhe („blinde Dranghandlung,“ Impulshandlung: oft planlos aus dem Drang entstehende Handlungen wie Poriomanie (Fugue, Weglaufen), Pyromanie, Kleptomanie etc.; oft auch bei zerebral Geschädigten, z. B. Anfallskranken)

3.7.2 Störungen der Elementarfunktion

Antriebsstörungen

Definition: Steigerung oder Verminderung oder Veränderung der wirkenden Persönlichkeitskraft. Eine Veränderung, die vom Willen nicht zu steuern ist

Formen:

- *Antriebsschwäche/-mangel:* Fehlen von Spontanantrieb mit Trägheit, Mangel an Leistungen, oft auch Gleichgültigkeit bis hin zur Stumpfheit
- *Antriebshemmung:* Verringerung des vorbestehenden Antriebs, besonders bei Depressionen
- *Antriebssteigerung:* erhöhte Aktivität, starker Bewegungsdrang, unermüdliche Betriebsamkeit (z. B. Manie)

- *Beschäftigungsdrang:* motorische Unruhe mit scheinbar gerichteten, oft aber sinnlosen Tätigkeiten, z. B. im „Beschäftigungsdelir" Geld sammeln, Flocken wegwischen etc.
- *Mutismus:* Nichtsprechen über längere Zeit, bei intakten Sprechorganen und Sprachfähigkeit

Psychomotorische Störungen

Definition: Störung der durch psychische Vorgänge gesteuerten Bewegungen, Desintegration von psychischen und motorischen Funktionen.

Unterscheidung zwischen Hyper- (z. B. Stereotypien) und Hypophänomenen (z. B. Katalepsie, Stupor)

Formen:
- *Hyperkinese:* Bewegungsunruhe von impulsivem Charakter (oft bei Kindern mit Hirnschädigung), Steigerung der Motorik bei Psychosen
- *Akinese/Hypokinese:* Bewegungslosigkeit/Mangel an Bewegung
- *Katalepsie:* starres Verharren in einmal eingenommenen Körperhaltungen
- *Stupor:* relative Bewegungslosigkeit mit Einschränkung der Reizaufnahme und Reaktion. Vorkommen: psychogen, bei Depressionen, bei körperlich bedingten psychischen Störungen, als gespannter Stupor bei Katatonie; meist mit Mutismus, häufig mit Katalepsie verbunden
- *Stereotypien:* ständige Wiederholung der gleichen Bewegungen
- *Manierismen (Manieriertheit):* sonderbares verschrobenes Ausdrucksverhalten in Gestik (z. B. ständiges *Reiben* an der Wange) und Mimik (z. B. Grimassieren)
- *Faxen (syndrom):* albern wirkendes Grimassenschneiden
- *Raptus:* ungeordneter Bewegungssturm; plötzliches Auftreten bei unterschiedlichen Störungen aus einem Zustand der Ruhe heraus (bei katatoner Erregung)

3.8 Ich-Erleben

3.8.1 Definition der Elementarfunktion

Erleben der personalen Identität (der Meinhaftigkeit) im Zeitverlauf und in der Abgrenzung zu den anderen Personen (Ich-Umwelt-Grenze)

3.8.2 Störungen der Elementarfunktion

Ich-Störungen

Definition: Störungen des Einheitserlebens des Ichs (der Meinhaftigkeit) im aktuellen Augenblick; Veränderung der Ich-Umwelt-Grenze: größere Durchlässigkeit bis hin zu Verlust oder (meist sekundär) Autismus (Abschottung)

Formen:
- *Entfremdungserlebnisse (ubiquitäres Erleben)*
  - *Depersonalisation* bezüglich der eigenen Person: abnorme Gefühle der Veränderung des Körpers oder einzelner Körperteile; Störung des Einheitserlebens oder des Vorhandenseins der Person im Augenblick oder der Identität im Zeitverlauf; die Gefühle werden als unlebendig, das Handeln als mechanisch oder automatenhaft erlebt
  - *Derealisation:* Erlebnis der abnorm veränderten Umwelt

  Literarisches Beispiel: „Die Verwandlung" von Franz Kafka
- *Beeinflussungserlebnisse:* Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Gedankeneingebung; Willensbeeinflussung, leibliche Beeinflussungserlebnisse (Gefühl, daß das Erleben von außen „gemacht" wird); Gefühle des Gelenkt- und Beeinflußtwerdens, von Hypnose und Bestrahlung
- *Transitivismus:* Projektion eigenen Krankseins auf andere
- *Autismus:* Isolierung des Ichs, Sich-zurückziehen in eine eigene innere Welt
- *Doppelte Persönlichkeit* (doppeltes Bewußtsein): hintereinander auftretende Zustände unterschiedlichen Bewußtseins bei multipler Persönlichkeit, im allgemeinen ohne Kenntnis der einen Form von der anderen (literarisches Beispiel „Dr. Jekyll and Mr. Hyde" von R. L. Stevenson)

3.9 Intelligenz

3.9.1 Definition der Elementarfunktion

Komplexe Funktion mit zahlreichen unterschiedlichen Einzelleistungen, um die Aufgaben und Anforderungen der Umwelt durch Sammlung von Erfahrungen und deren sinnvolle Anwendung zu bewältigen

Unterscheidung von praktischer Intelligenz, d. h. Fähigkeit zur Lösung von Aufgaben des täglichen Lebens, und theoretischer Intelligenz mit Leistungen wie Begriffs- und Urteilsbildung

Messung der Intelligenz nach dem HAWIE (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene, s. Anhang B): Bestimmung des Intelligenzquotienten (IQ), Durchschnittswert 100

3.9.2 Störungen der Elementarfunktion

Angeborene Intelligenzminderung (Oligophrenie)

Definition: angeborener oder perinataler Intelligenztiefstand unterschiedlichen Schweregrads

Formen:

- *leichte Intelligenzminderung* (Debilität) — IQ 50–69
- *mittelgradige Intelligenzminderung* (Imbezillität) — IQ 20–49
- *schwerste Intelligenzminderung* (Idiotie) — IQ 20

Erworbene Intelligenzminderung

Definition: Verlust von im früheren Leben erworbenen intellektuellen Fähigkeiten durch organische Hirnerkrankungen; entspricht der *Demenz*

Divide:

- *Pseudodebilität:* Vortäuschung von Schwachsinn (ähnlich auch Ganser-Syndrom: bewußtseinsnahes Vortäuschen von intellektuellen Ausfällen)
- *Depressive Pseudodemenz:* scheinbare Verblödung bei schweren Depressionen im Alter (vor allem subjektiv erlebt); Hemmung der kognitiven Funktionen; gute Prognose (wenn nicht Übergang in Demenz)

Krankheitslehre

4 Körperlich begründbare psychische Störungen

4.1 Allgemeiner Teil

Definition: weitgefaßte Bezeichnung für Erkrankungen, deren Ätiologie körperlich zu begründen ist (diffuse oder lokale Schädigung des Gehirns). Psychopathologisch finden sich unterschiedlichste Syndrome mit (produktiven) Plussymptomen wie Halluzinationen oder Wahn und/oder Minussymptomen wie Gedächtnisstörungen oder Antriebsverlust. Diese Störungen entstehen im Zusammenhang mit 1. Gehirn- und somatischen Allgemeinkrankheiten, 2. exogenen Noxen (Traumen, toxische Substanzen), 3. Abbauprozessen des Gehirns. Der Verlauf kann akut oder chronisch, reversibel oder irreversibel sein.

Die entscheidenden Störungen in diesem Abschnitt sind Syndrome mit defizitären pathologischen Veränderungen der kognitiven Funktionen (Lernen, Gedächtnis) und des Sensoriums (Wahrnehmung, Bewußtsein, Aufmerksamkeit), es finden sich aber auch zahlreiche Syndrome mit produktiven Störungen der Wahrnehmung (Halluzinationen) und des Denkens (Wahn); ferner Störungen der Stimmung (Depressionen), sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

Es hat sich im Sprachgebrauch ergeben, bei den in der Regel nichtproduktiven, mehr chronisch verlaufenden Störungen von ***organischen Psychosyndromen*** (einschließlich der dementiellen Syndrome) zu sprechen, bei den akuten produktiven Störungen von ***exogenen Psychosen.*** Gleichwohl könnte man in einem weiteren Sinne bei all diesen Störungen von Psychosen sprechen, insbesondere auch, da sich vielfältige Übergänge und Zwischenformen finden. Aus didaktischen Gründen soll im allgemeinen Teil diese Zweiteilung beibehalten werden, im speziellen Teil dagegen wird versucht, die Darstellung mehr dem Abschnitt F 0 der ICD-10 anzupassen, in dem ***organische*** (das Hirn primär betreffende) und ***symptomatische*** (das Gehirn sekundär betreffende, z. B. bei Systemerkrankungen) ***psychische Störungen*** beschrieben werden.

Anmerkung zum Begriff: ***Psychose*** (Feuchtersleben 1845): in älterer Bedeutung alle körperlich begründbaren (exogenen) psychischen Störungen einschließlich der hypothetisch vorwiegend durch pathophysiologische Vorgänge verursachten endogenen Psychosen. Gegenwärtig insbesondere auch im englischsprachigen Bereich werden besonders schwere,

produktive (wahnhaft-halluzinatorische) Syndrome als psychotisch bezeichnet; die frühere Dichotomie psychotischer versus neurotische Störungen findet sich in der ICD-10 nicht mehr.

Gesetz der Unspezifität: häufig keine Korrelation zwischen Morphologie und Psychopathologie, keine sicheren Rückschlüsse in eine der beiden Richtungen möglich

Epidemiologie: Stichtagsprävalenz (erfaßt in der Mehrzahl chronisch verlaufende Störungen) bezogen auf eine Erwachsenenbevölkerung: 3,0% behandlungsbedürftige Störungen, 1,5% Störungen mit leichten, nicht behandlungsbedürftigen Beschwerden. Wegen des raschen Abklingens der meisten Störungen relativ geringe Stichtagsprävalenz, trotz hoher Lebenszeitprävalenz: fast jeder Mensch erleidet im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen (Unfall, Operation, Autointoxikation, Fieberdelir bei Infektionskrankheiten) im Laufe seines Lebens körperlich begründbare psychische Störungen, insbesondere im höheren Alter.

4.1.1 Exogene Psychosen

Allgemein: uneinheitliche Nomenklatur, zahlreiche Synonyma (z. B. akuter exogener Reaktionstypus Bonhoeffer). Vielfalt von Störungen, vor allem auch produktive Symptome und Bewußtseinsstörungen, häufig Amnesie für die psychotische Episode; ätiologische Unspezifität; Einteilung der exogenen Psychosen in organische Psychosen (Gehirn direkt betroffen) und symptomatische Psychosen (bei sonstigen körperlichen Krankheiten und Intoxikationen), auch synonym gebraucht für akute organische Psychosyndrome.

Symptome:

- *Vorstadium* uncharakteristisch: mit Unruhe, Ängstlichkeit, vegetativen Störungen
- *im Verlauf* unterschiedlich, jedoch typisch: produktive Symptome (Sinnestäuschungen, Wahn), häufig quantitative und qualitative **Bewußtseinsstörungen** (Vigilanzstörungen und Bewußtseinstrübung), Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen (Konfabulationen), Aufmerksamkeits- und Orientierungsstörungen (am ehesten zu Ort, aber auch zu Zeit, schließlich zu Situation und Person), Antriebsstörungen (Antriebsminderung, psychomotorische Verlangsamung, Unruhe, Erregung), Störungen der Affektivität (Angst, Depressivität etc.)

Ätiologie: jegliche schwerere körperliche Schädigung, bei der das Gehirn direkt oder indirekt betroffen ist, häufig Koinzidenz mehrerer Faktoren:

- Hirntumor (z. B. Temporallappentumor: olfaktorisch-gustatorische Halluzinationen/schizophreniforme Psychosen)
- Hirnabszess, Hirnverletzung
- Infektionen wie Meningoenzephalitis, Typhus abdominalis etc.
- Herzerkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen wie z. B. Leberzirrhose (portokavale Anastomosen, portokavaler Shunt – portokavale Enzephalopathie)
- akute intermittierende Porphyrie
- Vitamin-B-12-Mangel (funikuläre Myelose, Schädigung des N. opticus, Perniciosa)
- Thiamin/B1-Mangel (Beriberi, Wernicke-Enzephalopathie)
- Medikamente, die auf das ZNS wirken können, z. B. Komplikation bei Therapie mit Anti-Parkinson-Präparaten (L-Dopa)
- Intoxikation mit psychotropen Substanzen wie Meskalin, LSD, Psilocybin
- Endokrine Störungen: Hypothyreose (wenn angeboren: geistige Behinderung; Apathie, Depression, Kälteüberempfindlichkeit), Hyperthyreose (Unruhe, Agitiertheit, Reizbarkeit, Hitzeüberempfindlichkeit, auch Depression), Cushing-Syndrom (Überproduktion von ACTH oder Kortisol, z. B. bei basophilem Adenom des HVL, bei Kortisonbehandlung: Antriebsmangel, Verstimmung, Schlafstörung, endogeniforme Psychosen), Morbus Addison (Nebennierenrindenatrophie: Ermüdbarkeit, Depression)

Verlauf: bei exogenen Psychosen häufig kurzdauernder Verlauf, Reversibilität und günstige Prognose! In Abhängigkeit von der Grunderkrankung bei einem Teil der Fälle Chronifizierung und Übergang in irreversibles organisches Psychosyndrom

Syndromatische Erscheinungsformen:

- *Delir*
  Definition: akute reversible Psychose mit Bewußtseinsstörung (zunächst qualitativ: Bewußtseinstrübung im engeren Sinne) und Sinnestäuschungen
  Symptomatik: Verwirrtheit, Desorientiertheit, Bewußtseinstrübung, Aufmerksamkeits-, Auffassungs- und Immediatgedächtnisstörung, inkohärentes Denken. Vegetative Störungen (adrenergsympathikotone Überregulation: Pulsbeschleunigung, Schwitzen, Tremor, allgemeine psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen (z. B. Schlafumkehr)). Insb. optische und szenische, gelegentlich auch haptische und akustische Halluzinationen. Reversibel!

Vorkommen:
- bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (Prototyp: Alkoholentzugsdelir)
- bei Medikamentenintoxikation (als häufig unvorhergesehene Komplikation bei Neuroleptika- und Antidepressivagabe und/oder Anti-Parkinson-Mitteln (Anticholinergika, L-Dopa), auch bei plötzlichem Benzodiazepinentzug)
- bei Infektionskrankheiten, Urämie etc.

- ***Dämmerzustand***
  Symptomatik: veränderter, verschobener Bewußtseinszustand, fehlende Klarheit des Bewußtseins, in Grenzen Handlungsfähigkeit. Dauer: Sekunden bis Tage mit nachfolgender Amnesie. Sog. „besonnener" Dämmerzustand äußerlich nicht auffällig: folgerichtiges Handeln. Übergänge zum Delir!
  Vorkommen: bei Anfallsleiden, Intoxikationen, psychogenen Störungen (Hysterie; auch psychogen in der Hypnose!), als pathologischer Rausch
- ***Halluzinose***
  Symptomatik: akustische (Prototyp: Alkoholhalluzinose, s. S. 81), optische oder haptische Halluzinationen. Keine Bewußtseinsstörung! Inhaltliche Denkstörungen (Wahn).
  Vorkommen:
  - *optische* Halluzinose bei Intoxikation mit Halluzinogenen (LSD), Funktionsstörungen des Okzipitallappens
  - *haptische* (taktile) Halluzinose bei Intoxikation mit Amphetaminen; chronische Verläufe bei Dermatozoenwahn
  - *akustische* Halluzinose bei Alkoholabhängigkeit
- ***Katatones Syndrom***
  Symptomatik: Störung der Willkürmotorik (Stupor oder Erregung), Prototyp s. Katatone Schizophrenie
  Vorkommen: bei Infektionen (Typhus, Tuberkulose etc.), Intoxikationen, Hirntumoren; (auch psychogen in der Hypnose)
- ***Paranoid-halluzinatorisches Syndrom***
  Symptomatik: Prototyp s. paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, S. 104
  Vorkommen: bei Intoxikationen, Hirntumoren etc.; bei Morbus Wilson, als symptomatische Psychose bei Epilepsie
- ***Paranoides Syndrom***
  Symptomatik: subakut (oder chronisch rezidivierend), oft mit Verfolgungs- und Vergiftungswahn, dem Gefühl hintergangen oder bestohlen zu werden, gerade auch in Verbindung mit mnestischen Störungen; auf reale Anknüpfungspunkte achten!
  Vorkommen: vor allem bei dementiellen Entwicklungen

- ***Amentielles Syndrom***
  Ratlosigkeit, verworrenes, inkohärentes Denken, Bewußtseinstrübung, keine eindeutige produktive Symptomatik
- ***Depressives Syndrom***
  Symptomatik: bei exogenen Psychosen häufig mit depressivem Wahn und Symptomen wie Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen kombiniert
  Vorkommen: ubiquitär, z. B. Zustand nach Schlaganfall, M. Parkinson, Hypothyreose, raumfordernde intrakranielle, frontale Prozesse, Pankreaskarzinom; Kortisontherapie etc.
- ***Expansiv-maniformes Syndrom***
  Symptomatik: megaloman mit Selbstüberschätzung einhergehend, Größenideen, -wahn; oft mit Konfabulationen
  Vorkommen: bei progressiver Paralyse, fieberhaften Infekten, Fleckfieber nach der Entfieberung, nach Schädelhirntrauma, nach Einnahme von Weckaminen (z. B. Ecstasy)

4.1.2 Organische und andere körperlich begründbare Psychosyndrome

Allgemein: Bezeichnung für psychische Störungen aufgrund organischer Hirnveränderungen, die wegen im allgemeinen fehlender Produktivität nicht die „Wertigkeit" von Psychosen erlangen. Primär keine Bewußtseinstrübung; insbesondere keine Bewußtseinsminderung; oft chronische, irreversible Verläufe, aber auch als akutes Syndrom, dann reversibel

Diffuses organisches Psychosyndrom (E. Bleuler)

Synonyma: hirnorganisches Psychosyndrom (HOPS), psychoorganisches Syndrom (POS), amnestisches Psychosyndrom, hirndiffuses Psychosyndrom (M. Bleuler)

Symptomatik: psychische Störungen (Minussymptomatik) aufgrund allgemeiner, oft nicht näher lokalisierbarer Schädigungen
Im kognitiven Bereich:
- Hirnleistungsschwäche bis hin zur Demenz
- Gedächtnisstörungen (Merkschwäche, Konfabulationen, Zeitgitterstörungen)
- Störungen des Denkens (Verarmung des Denkens, Auffassungs- und Konzentrationsschwäche, Perseveration, Minderung des Abstraktions-

vermögens, Urteilsschwäche und Kritiklosigkeit, Umstellungserschwerung, Anosognosie = Unfähigheit, die eigene Krankheit zu erkennen)
- Störungen von Sprechen und Sprache (Wortfindungsstörungen; Aphasie, oft mit apraktischen Störungen verbunden)
- Störungen von Schrift und Schreiben (Lebenslauf schreiben lassen!)
- Orientierungsstörungen

Im Persönlichkeitsbereich:
- hirnorganische Wesensänderung in Richtung Entdifferenzierung (Defizienz- bzw. Minussymptomatik)
- Störungen des Antriebs (Antriebsminderung, rasche Erschöpfbarkeit, psychomotorische Verlangsamung)
- Störungen des Affekts (Affektschwäche, -labilität, -inkontinenz, Reizbarkeit, Euphorie/Depression)
- soziale Krisen, „Stilbrüche der Persönlichkeit" (Sexualdelikte, Kriminalität)

Diagnostik: im ärztlichen Gespräch oft noch lange Zeit gut erhaltene Fassade und guter affektiver Rapport. Deshalb gezielte Fragen (Orientierung, Merkfähigkeit, Rechenvermögen), klinische Testfragen (Sprichwörter erklären, Gemeinsamkeiten und Unterschiede finden, Oberbegriffe suchen) zusätzlich psychologische Tests (HAWIE, insb. Zahlensymbol- und Mosaikuntertest, Benton-Test, Kraepelins Rechentest, u. U. Aachener Aphasietest, s. Anhang B), neurologische Untersuchung, Computertomogramm, Kernspintomographie

Vorkommen: z.B. Morbus Alzheimer (präsenile/senile Demenz), vaskuläre Demenz (z.B. Multiinfarktdemenz), posttraumatisches Psychosyndrom, organisches Psychosyndrom bei Anfallsleiden

Formen des organischen Psychosyndroms:
- ***leichte Formen:***
  - *leichte kognitive Störung:* Konzentrationsstörungen, Lernschwierigkeiten, Vergeßlichkeit, oft nur kurzdauernd
    Vorkommen: in Verbindung mit zahlreichen körperlichen Erkrankungen, besonders auch Infektionen, oft vorübergehend (z.B. Pneumonie, Meningitis)
  - *organische emotional labile Störung:* Affektlabilität, Ermüdbarkeit sowie zahlreiche körperliche Symptome (z.B. Schwindel)
    Vorkommen: z.B. nach Infektionskrankheiten (pseudoneurasthenisches Syndrom, chronisches Erschöpfungssyndrom nach viralen Infekten); nach Unfällen mit Schädel-Hirn-Trauma; im „pseudoneurasthenischen" Vorstadium der progressiven Paralyse

  - *organische pseudoneurotische Syndrome,* z.B. im Sinne von Angststörungen oder dissoziativen Störungen
  - *hirnorganische Wesensänderung:* infolge Hirnschädigung Veränderung von Persönlichkeitsanteilen, häufig irreversibel. Oft Zuspitzung gewisser Persönlichkeitszüge; betroffen z. B. Stimmung (Euphorie oder Reizbarkeit) oder Antrieb (Enthemmung oder Antriebsmangel). U. U. kombiniert mit psychogener Reaktion auf das Krankheitserleben
    Vorkommen: bei Suchtkranken, als epileptische Wesensänderung, bei Frühstadien der Demenz, nach Schädel-Hirn-Trauma
- ***schwere Formen:***
  - *Korsakow-Syndrom:* ausgeprägte und charakteristische Form des amnestischen Syndroms (Orientierungsstörung zu Zeit und Raum, schwere Merkfähigkeitsstörung ohne Beeinträchtigung des Immediatgedächtnisses, Altgedächtnis ebenfalls betroffen, Konfabulationen). Hinzu kommen Auffassungsstörung, Kritiklosigkeit, Euphorie, Passivität. Reversibilität möglich.
    Vorkommen: bei chronischem Alkoholismus nach Wernicke-Enzephalopathie, nach CO-Vergiftung, nach schwerem Schädeltrauma
  - *Demenz:* meist im höheren Alter auftretender, aus organischer Ursache entstehender, progredienter, meist irreversibler, mnestischer und intellektueller Abbau der Persönlichkeit, verbunden mit Wesensänderungen und schwerer Behinderung sozialer Funktionen (erworbene „Verblödung"!) Im Unterschied zur primären Intelligenzminderung (Oligophrenie) bei mittlerem Schweregrad der Demenz noch Fragmente früheren Wissens.
    Vorkommen: bei vaskulären degenerativen Erkrankungen, bei Pickscher oder Alzheimerscher Erkrankung, bei Chorea Huntington Vitamin B12-Mangel etc. Umfangreiche Differentialdiagnostik erforderlich!

Hirnlokales Psychosyndrom (nach Bleuler)

Symptomatik: Störungen des Antriebs, der Einzeltriebe und der Stimmung (plötzliches Einschießen von Trieben und Verstimmungen, unvermitteltes Abklingen). Im allgemeinen keine intellektuellen Ausfälle, jedoch Entdifferenzierung der Persönlichkeit (Störungen des Taktgefühls, Abnahme altruistischer Regungen). Keine produktiv-psychotischen Symptome! Keine Bewußtseinsstörungen!

Diagnostik: oft schwierige Differentialdiagnose gegenüber neurotischen Störungen. In vielen Fällen sind gewisse Zuordnungen von Symptomatik und Lokalisation der Schädigung möglich, gemäß Gesetz der Unspezi-

fität sind eindeutige Korrelationen im Sinne der Lokalisationslehre jedoch zu relativieren!

Beispiele:
Stirnhirnkonvexitätssyndrom mit Abulie (Willenslähmung) und Antriebsmangel oder Orbitalhirnsyndrom mit Enthemmung und Euphorie

Vorkommen: Hirntumoren, Morbus Pick, Enzephalitis, Anfangsstadien von Chorea Huntington etc.

4.2 Spezieller Teil

Im folgenden werden einzelne Krankheitsbilder beschrieben, bei denen sich die Syndrome im Verlauf verändern können (z. B. im Längsschnitt nach einer akuten paranoid-halluzinatorischen symptomatischen Psychose Übergang in ein amnestisches Psychosyndrom).

4.2.1 Alzheimersche Erkrankung

Allgemein: Demenz aufgrund von Neuronendegeneration und diffuser Hirnatrophie, häufigste Demenzform im höheren Lebensalter (ca. 60–70 % aller Demenzformen). Wesentlich häufiger als vaskuläre Form. Prävalenz aller über 65jährigen etwa 5 % (mit höheren Raten bei den Älteren); Überwiegen der Frauen. Ursprünglich Bezeichnung für *präsenile* Demenz zwischen dem 40. und 65. Lebensjahr, Ausweitung des Begriffs auch auf die viel häufigere *senile* Form der Demenz (senile Demenz vom Alzheimer Typ – SDAT)

Schleichender Beginn meist im Sinne eines organischen amnestischen Psychosyndroms. Merkfähigkeitsstörungen (Hippocampus, mediobasaler Temporallappen), Wortfindungsstörungen (kortikale Atrophie). Ätiologie noch unbekannt, bei des präsenilen Form oft familiäre Belastung (genetische Veränderungen lokalisiert z. B. an Chromosomen 14, 19, 21). Veränderungen des Amyloidvorläuferproteins

Neuropathologie: diffuse Hirnatrophie mit Betonung des frontalen sowie des parieto-okzipitalen Kortex und des Hippocampus, Verschmälerung der Hirnwindungen, Verbreiterung der Furchen; keine genaue Entsprechung zwischen Ausmaß der Atrophie und Schwere des psychischen Befundes

Histologisch: Degeneration von Neuronenendigungen; Verminderung der Neuronenpopulation (Hippocampus, Substantia innominata, Locus coeruleus, temporoparietaler und frontaler Kortex); Auftreten von neurofibrillären Knäueln (Alzheimerschen Fibrillen), senilen Plaques und Drusen aus Amyloid

Verminderung von Acetylcholin und Cholin-Acetyltransferase und anderer Neurotransmitter

Symptome:
- Einschränkungen bis Verlust von Alltagsaktivitäten und -fähigkeiten (Waschen, Anziehen)
- Einengung der Interessen, Erstarrung, ratloser Gesichtsausdruck
- Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen (Immediatgedächtnis länger erhalten), Wort- und Namensfindungsstörungen
- Aphasie, Agnosie, Sprachzerfall, Apraxie
- Apathie/Gereiztheit, Unruhe (Erethismus), Erregungszustände
- Affektivität lange gut erhalten
- u. U. Regression auf die Vorstellungswelt der Kindheit
- über lange Zeit keine Bewußtseinsstörungen, in späteren Stadien Störungen des reflektierenden Bewußtseins (qualitativ!)
- ferner meist episodisch im Verlauf: Delir, Wahn, paranoid-halluzinatorische Episoden, amentielles (ratloses) Syndrom
- Endstadium: Mutismus, Stupor
- *Test-Untersuchungen:* Mini-Mental-State-Examination (nach Folstein): klinisch leicht anwendbar; bei unter 23 von 30 Punkten Verdacht auf Demenz. – Ferner: Uhrentest – Ziffernblatt in leeren Kreis einzeichnen lassen!

Neurologisch: extrapyramidale Störungen, Dyskinesien, Tremor, träge Pupillenreaktionen, orale Automatismen

CCT: Hirnatrophie (keine eindeutige Korrelation mit dem klinischen Befund)

Typisch im Liquor: Erhöhung von Tau-Protein und Erniedrigung von $A\beta_{1-42}$ Peptid

Verlauf: gleichmäßig progredient; Tod nach 2–15(!) Jahren durch Marasmus oder hinzukommende körperliche Krankheit (Infektion), bei der präsenilen Form rascherer Verlauf

Therapie: körperliche Pflege; Aufklärung und Beratung der Angehörigen; sparsamer Umgang mit Sedativa; Beschäftigungstherapie, Physiotherapie, Vermeidung von Bettlägerigkeit! Schutz des Patienten vor sich selbst (z. B. im Umgang mit Feuer und Gashahn, Schutz vor Hinstürzen!)

Gutachten: wie bei allen übrigen Formen der Demenz häufig psychiatrisches Gutachten erforderlich zur Feststellung der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, der Geschäftsunfähigkeit (§ 104.2 BGB) sowie der Testierfähigkeit (§ 2229 BGB), ferner zur Einrichtung des Instituts der Betreuung (vgl. Kap. Forensische Psychiatrie, S. 286 ff.). Das Gutachten wird nach dem Grundsatz erstellt, den Kranken und seine Interessen zu schützen – möglichst geringe Eingriffe in den noch verbleibenden Freiheitsraum des Patienten!

4.2.2 Demenz bei zerebrovaskulärer Erkrankung (vaskuläre Demenz)

Allgemein: in Schüben, unregelmäßig verlaufendes, vielgestaltiges Krankheitsbild mit wechselnder Progredienz und zwischenzeitlichen Besserungen; neurologische Symptome je nach Lokalisation; häufig verbunden mit Hypertonus

Formen:
- akuter Beginn nach größerem Schlaganfall;
- Multiinfarktdemenz vorwiegend kortikal mit zahlreichen kleineren ischämischen Episoden;
- subkortikal lokalisierte Demenz (Morbus Binswanger) mit Hyalinablagerungen in den Wänden der langen Markarterien (Hypertonus!), im CCT Dichteminderung im Marklager (Demyelinisierung)

Neuropathologie: Grunderkrankung an den Gefäßen zur Versorgung des Gehirns: A. carotis interna und ihre Äste, Aa. vertebralis und basilaris und Äste, Circulus arteriosus Willisii; Gefäßhyalinose; seltener Blutungen (Hämorrhagien), häufiger ischämische Insulte, lakunäre Defekte durch Mikroangiopathie; Demyelinisierung des Marks

Symptome: in der Vorgeschichte oft transitorisch-ischämische Attacken (TIA) mit Vigilanzstörungen, Visusverlust und flüchtigen Paresen. Beginn der Demenz nach mehreren ischämischen Episoden oder einem Schlaganfall, meist in höherem Alter, abrupt, aber auch schleichend; ungleiche Ausprägung der psychopathologischen Symptome (Wechsel von Besserungen und Verschlechterungen) sowie ungleiche Verteilung der Defizite
Psychische Symptomatik:
- Zuspitzung der Persönlichkeit
- Apathie oder Enthemmung
- Affektlabilität, Affektinkontinenz
- amnestisches Syndrom

- Episoden von Bewußtseinstrübung (Delir)
- nächtliche Verwirrtheitszustände

Differentialdiagnose: Morbus Alzheimer

Therapie: Herz- und Kreislaufbehandlung, Einstellung des Blutdrucks (Erfordernishochdruck!), evtl. Vasotherapeutika, aktivierende Behandlung mit Beschäftigungs- und Physiotherapie, falls möglich psychotherapeutische Gespräche, Einbeziehung der Familie

4.2.3 Morbus Pick

Allgemein: seltene, im Frontal- aber auch im Temporalhirn lokalisierte degenerative Erkrankung; autosomal-dominanter Erbgang mit unterschiedlicher Penetranz. Beginn ab 4. Lebensjahrzehnt, Verlauf über mehrere Jahre, Tod 2–10 Jahre nach Beginn; Persönlichkeitsabbau sowie Demenz

Neuropathologie: Atrophie vorwiegend von Frontal- und Temporallappen, aber auch Parietallappen, später auch diffuse Atrophie (Walnußrelief!). Nervenzelldegeneration, argentophile Einschlüsse

Symptome: frühzeitig progrediente Persönlichkeitsveränderungen: Verlust des Takts und der Distanz, Enthemmung, Triebhaftigkeit (kriminelle Delikte), Verlust sozialer Fähigkeiten und Funktionen. Leere, Erregung/Apathie, Euphorie; später Gedächtnisstörungen, Sprachstörungen, intellektueller Abbau, Stereotypien, sprachliche Verarmung; zunächst meist keine Orientierungsstörungen; öfter extrapyramidale Symptome

Differentialdiagnose: Morbus Alzheimer, Chorea Huntington

Therapie: nur symptomatisch, Pflege

4.2.4 Chorea Huntington

Allgemein: dominant autosomales, degeneratives Erbleiden mit Bewegungsstörungen und Demenz.
Synonyma: Chorea major, Erb-Veitstanz
Epidemiologie: Prävalenz 0,05 ‰, gleiche Häufigkeit für Männer und Frauen. Auftreten meist im 35.–50. Lebensjahr (auch Kindheit!). Autoso-

mal dominanter Erbgang, Manifestation der Krankheit bei allen Genträgern bei Erreichung eines entsprechenden Alters; auch sporadische Fälle, der defekte Genort auf dem kurzen Arm von Chromosom 4 ist bekannt, der Defekt biochemisch weitgehend aufgeklärt.

Neuropathologie: progrediente Degeneration des Corpus striatum (Nucleus caudatus und Putamen), Claustrum sowie (Frontal)hirnrinde. GABA-Mangel und relativer Dopaminüberschuß

Symptome:
- *neurologisch:* arrhythmische, unkoordinierte Hyperkinesen, Bewegungen eingebaut in Willkürbewegungen oder Verlegenheitsgesten. Drehen und Schlenkern von Rumpf und Extremitäten, athetotische und dystone Elemente; Hyperkinesen im Gesicht (Grimassieren!); Gangstörungen; Sprechstörungen, Hyperkinesen der Zunge, verwaschene Sprache; herabgesetzter Muskeltonus, Poikilotonie (wechselnder Tonus); Rigidität, Akinese, Versteifung der Glieder; Parästhesien und Schmerzen (Thalamusreizung!); vegetative Störungen
- *psychisch:* affektlabil, reizbar; euphorisch/depressiv, ängstlich; Antriebsstörungen (Frontalhirnfunktionen!); Haltlosigkeit; Verwahrlosung (kriminelle Delikte); Wahnbildung, schizophreniforme Psychosen; Gedächtnisstörungen; Denkverlangsamung, Demenz (Choreophrenie)

Verlauf: progredient; Tod innerhalb von 10–15 Jahren

Differentialdiagnose:
- vaskuläre und postenzephalitische Chorea
- Chorea minor (im Kindesalter, besonders bei Mädchen vorausgegangener Streptokokkeninfekt, pararheumatisch; raschere Bewegungen!)
- Chorea gravidarum (öfter als Rezidiv der Chorea minor in den ersten Monaten der Gravidität)
- Athetosen und Myoklonien
- psychogene Bewegungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen (bei Beginn der Erkrankung mit psychischen Symptomen!)

Therapie: Tiaprid (Tiapridex®) 3mal 50 mg bis 3mal 200 mg. Neuroleptika: Haldol®; Perphenazin (Decentan®). Genetische Beratung (Manifestation meist nach dem Heiratsalter!). Genetische Untersuchung des familiären Umfeldes, dann evtl. Amniozentese (bei chromosomalem Nachweis u. U. Interruptio)

4.2.5 Morbus Parkinson (Paralysis agitans)

Allgemein: extrapyramidale Bewegungsstörungen und hirnlokales Psychosyndrom. Auftreten ab 40. Lebensjahr; etwa 1% der über 65jährigen. Unterschiedliche Schwere und Verlauf ! auch familiäre Häufung

Neuropathologie: Systematrophie (Stammganglien, besonders Substantia nigra) mit Nervenzelldegeneration; Dopaminmangel

Symptome:
- *neurologisch* (im Vordergrund stehend): Ruhetremor, Akinese, Rigor (Zahnradphänomen), kleinschrittiger Gang, monotone Sprache, Mikrographie, vegetative Störungen (Speichelfluß, Salbengesicht)
- *psychisch:* Depression, Antriebsminderung, Apathie/Erregung, Gedächtnisstörungen, Verlangsamung (Bradyphrenie), Halluzinosen, Delir (provoziert durch Behandlung mit L-Dopa, Dopa-Agonisten wie Bromocriptin oder Anticholinergika)

Therapie: L-Dopa (+Decarboxylasehemmer), Bromocriptin (Pravidel®), Amantadin (PK-Merz®, Symmetrel®), Anticholinergika wie Biperiden (Akineton®) und Metixen (Tremarit®), ggf. niedrigdosiert Antidepressiva, z. B. Amitriptylin (Saroten®). Selten stereotaktische Operation! Physiotherapie; psychotherapeutische Betreuung! *Cave:* in vielen Fällen wegen fortgeschrittener neurologischer Symtomatik Unterschätzung der noch vorhandenen intellektuellen Leistungsfähigkeit durch die Umgebung.

Guam-Parkinson-Demenz-Komplex: rasch progrediente Demenz mit extrapyramidalen Störungen und gelegentlich amyotropher Lateralsklerose; in Guam, Papua-Neuguinea und Japan, bei Männern doppelte Häufigkeit.

Lewy-Körper-Demenz: Demenz möglicherweise in Zusammenhang mit M. Parkinson. Nachweis von Lewy-Körperchen (eosine Einschlußkörper z. B. in der Substantia nigra). Symptome: kognitiver Abbau (besonders visuokonstruktive Störungen), detailreiche optische Halluzinationen, motorische Parkinson-Symptome, wiederholte Stürze, Bewußtseinsverluste, Neuroleptika-Überempfindlichkeit

4.2.6 Morbus Wilson: hepatolentikuläre Degeneration (Westphal-Strümpel-Wilson)

Allgemein: in der Kindheit oder in jugendlichem Alter beginnende Störung des Kupferstoffwechsels mit extrapyramidalen und zerebellären neurologischen Symptomen; autosomal rezessiver Erbgang
Neuropathologie: pathologische Kupferablagerungen in Leber, Stammganglien (Nucleus lentiformis), Kornea (Kayser-Fleischerscher Kornealring), Coeruloplasminmangel (niedriger Kupferspiegel!)

Symptome: initial pseudoneurasthenisches Syndrom. Kriminelle Entgleisungen möglich! Depressives Psychosyndrom, Affektinkontinenz, Antriebsstörungen, sexuelle Enthemmung, pseudopsycho(sozio)pathische Züge, schizophreniforme Psychosen, amnestisches Syndrom, Demenz

Therapie: kupferarme Diät, D-Penizillaminhydrochlorid

4.2.7 Morbus Creutzfeldt-Jakob

Allgemein: seltene im Erwachsenenalter auftretende Infektionskrankheit mit Prionen. Gelegentlich auch familiäre Häufung. Rasche Progredienz in Monaten bis zu 2 Jahren bis zur Demenz und Exitus letalis; auch längere Verläufe

Neuropathologie: subakute spongiöse Enzephalopathie; Atrophie des 1. motorischen Neurons

Symptome: u. U. exogene Psychose, sodann rasch fortschreitende Demenz; Sprachverarmung, Apathie; Myoklonien, Muskelatrophien, extrapyramidale Symptome, Ataxie, spastische Lähmung, Muskelfibrillationen, Visusverlust, typisches EEG mit triphasischen Wellen; Endstadium akinetisch-mutistisch

Therapie: keine Therapie möglich. Pflege, Hygienemaßnahmen (Infektionsgefahr!)

4.2.8 Progressive Paralyse

Allgemein: Chronisch entzündliche Erkrankung (syphilitische Enzephalitis), im Spätstadium (Quartärstadium) der nicht ausreichend behandelten Lues auftretend (im Unterschied zur ebenfalls spät auftretenden Tabes dorsalis). Vorwiegend psychiatrische Symptome

Divide: Enzephalomeningitis im Sekundärstadium und Lues cerebrospinalis im Tertiärstadium

Epidemiologie: 10–20 Jahre nach Infektion, in seltenen Fällen 2 Jahre bis max. 30 Jahre. Beginn meist zwischen 30. und 60. Lebensjahr; Manifestation nur bei 5–10 % der Infizierten; häufiger bei Männern

Neuropathologie: Polioenzephalitis des Großhirns mit Hirnatrophie; Stammganglienatrophie (Striatum und Claustrum). Nachweis der Treponemen, besonders in basalen Anteilen des Frontalhirns. Auch Pachymeningeosis haemorrhagica; Einlagerung von Lymphozyten und Plasmazellen mit Eisenpigment in die Gefäßwand (Adventitia)

Symptome:
- unruhige Mimik (periorales Beben, Gesichtsflattern)
- Zungentremor, unzureichende Sprechmuskelkoordination, Silbenstolpern (Zungenbrecher-Testsätze wie „Rotkraut bleibt Rotkraut und Brautkleid bleibt Brautkleid" etc.)
- Schrift und Gang ataktisch
- spastische Lähmung
- reflektorische Pupillenstarre (Argyll-Robertson-Phänomen: Lichtreaktion fehlend oder träge), anisokore, entrundete, enge Pupillen
- epileptische Anfälle
- Liquorveränderungen, erhöhte Zellzahl (10–200/3) und Eiweiß- (Gammaglobulin)Vermehrung, seropositive Liquorreaktionen!
- Luesserologie: TPHA, FTA-ABS, VDRL, Cardiolipin-Komplementbindungsreaktion

Stadien und Krankheitsformen:
- *Verlauf:* unbehandelt meist nur wenige Jahre bis zum letalen Ende; auch deletärer, kurzer Verlauf als galoppierende Paralyse! evtl. Kombination mit Tabes (Taboparalyse – fehlende Sehnenreflexe, Schmerzkrisen!). Juvenile Form meist aufgrund konnataler Syphilis (Hutchinsonsche Trias: Keratitis parenchymatosa, Innenohrtaubheit, Tonnenzähne)

- *pseudoneurasthenisches Vorstadium:* organisches Psychosyndrom mit Gedächtnisstörungen, Auffassungsschwäche, Reizbarkeit, Antriebslosigkeit etc.
- *Krankheitsformen während des Verlaufs*: klassisch (heute selten!) expansiv-maniform mit Größenwahn, Ideenflucht, Betätigungsdrang, Euphorie; depressiv-hypochondrisch; einfach dement; Lissauersche Paralyse mit Herdsymptomen (sensorische Aphasie oder Hemianopsie)
- *dementielles Endstadium* im Anschluß an die oben beschriebenen Verlaufsformen mit vollständigem intellektuellen Abbau

Therapie: Hochdosierte Penizillinbehandlung. Bereits eingetretene Schäden sind irreversibel. Somit Frühdiagnose entscheidend!

4.2.9 Enzephalitiden (Enzephalomeningitiden)

Allgemein: Gehirnentzündungen unterschiedlicher Ätiologie, rufen verschiedenste, akute oder chronische klinische Bilder bzw. psychische Syndrome hervor (Einzelheiten s. Lehrbücher der Neurologie!)

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Aktuelles *Beispiel* einer chronischen Enzephalitis ist *AIDS*, erstmals 1981 beschrieben.

Neuropathologie: Infektion mit lymphotropem Retrovirus (Human Immunodeficiency Virus: HIV) mit Schädigung des zellulären Immunsystems

Symptome: Auftreten von Symptomen nach monate- bis jahrelanger Latenz (seropositiv)

- im *Stadium der Lymphadenopathie:* mit Allgemeinsymptomen wie Müdigkeit, Leistungsabfall, Gewichtsverlust und Durchfällen; Exantheme und Lymphdrüsenbefall
- im *späteren Verlauf* (selten auch zu Beginn) in vielen Fällen Auftreten der progressiven multifokalen subakuten Leukenzephalopathie mit neurologischen Ausfällen, Lethargie, depressivem Syndrom, maniformen Episoden, produktiv psychotischen Episoden, deliranten Bildern, schwerem organischen Psychosyndrom (Gedächtnis-, Konzentrations- und Antriebsschwäche), Demenz. Pseudoneurasthenische Syndrome bzw. organische Persönlichkeitsveränderungen durch direkte Schädigung der Zellen können schon vor der klinisch manifesten AIDS-Erkrankung auftreten

- mit dem gesamten Verlauf verbundene zahlreiche reaktive Störungen bzw. Verarbeitungsprobleme der Lebensbedrohung

Divide: AIDS-Phobie, unter Umständen auch wahnhaft

Therapie: z. B. AZT (Virostatikum); Behandlung der Sekundärinfektionen z. B. Toxoplasmose des ZNS. Überragende Bedeutung der Prophylaxe

4.2.10 Traumatische Hirnschädigungen

Allgemein: Beurteilung der Schädigung durch Neurologen/Neurochirurgen und Psychiater. Schädel-Hirn-Trauma wird, da oft in Verbindung mit Alkoholintoxikation, leicht übersehen!

Commotio cerebri

Allgemein: traumatische Hirnschädigung ohne Hirnsubstanzschädigung oder neurologische Ausfälle; sog. Gehirnerschütterung; reversibel

Symptome: Bewußtlosigkeit bis zu 1 h, Erbrechen (Übelkeit). Nach dem Erwachen retrograde Amnesie (Zeit vor Unfall betreffend; partielle Rückbildung) und partiell auch anterograde Amnesie (Zeit nach der Bewußtlosigkeit betreffend). Vorübergehende Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen etc. Kein Dauerschaden: Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen) reversibel, längstens 1–2 Jahre!

Postkommotionelles Syndrom mit pseudoneurasthenischen Symptomen, speziell vegetativen Störungen

Therapie: nur kurze Zeit Bettruhe, baldige Belastung durch gestuftes Training

Contusio cerebri

Allgemein: Hirnquetschung mit Schädigung der Hirnsubstanz; Dauerfolgen möglich (Minderung der Erwerbsfähigkeit oft 30–50 %)

Wegen späterer diesbezüglicher *Begutachtung* muß direkt nach dem Unfall nicht nur eine neurologische, sondern auch eine genaue psychiatrische Untersuchung mit vollständigem psychischen Befund durchgeführt werden. Wichtig ist auch die weitere Beobachtung des Verletzten

(Vigilanzstörung bei Entwicklung eines epiduralen oder akuten subduralen Hämatoms!).

Symptome: länger dauerndes Koma (Tage), neurologische Symptome (Herdbefunde im EEG), gelegentlich Kontusionspsychosen (produktive Symptomatik jeglicher Art), zentralvegetative Störungen

- *Komplikationen:* epidurale oder subdurale Blutungen u. U. mit Compressio cerebri
- *Spätfolgen:* schwer objektivierbare pseudoneurasthenische Dauersymptome, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen im Rahmen eines amnestischen organischen Psychosyndroms, posttraumatische Hirnleistungsschwäche, gelegentlich ausgeprägte Wesensänderung (z. B. Apathie und explosive Reizbarkeit), posttraumatische Epilepsie (u. U. erst nach Jahren manifest), psychogene Ausgestaltung

Therapie: symptomorientiert; in schweren Fällen länger dauernde Rehabilitation (u. U. in Spezialeinrichtungen)

4.2.11 Anfallsleiden

In Verbindung mit den unterschiedlichen Anfallsformen (generalisierte und fokale Anfälle, sowie Petit-mal-Anfälle) können Störungen verschiedener Art eintreten wie produktive Psychosen, Dämmerzustände, epileptische Wesensänderung (enechetische Persönlichkeit-enecho gr. haften – mit umständlichen, pedantischen, haftenden Zügen) und Demenz; häufig auch eine Kombination von hirnorganisch bedingten großen Anfällen und psychogenen Anfällen

Psychomotorische Anfälle (syn. Dämmerattacken): epileptischer Anfall (temporal Krampfherd im EEG).

Symptome: Beginn mit Aura (aura lat. Hauch/Luftzug, Duft) d. h. subjektiven Erlebnissen kurz vor dem Anfall: optische Erscheinungen, Gerüche, Mißempfindungen, Entfremdungserlebnisse, vegetative Symptome unterschiedlicher Dauer; keine Amnesie für die Aura. – Sodann Anfallskern: Bewußtseinsstörung, orale Automatismen z. B. Schmatzen, Bewegungsfragmente z. B. Wischen, Nesteln. Nach einem meist kurzen Dämmerzustand Reorientierungsphase

Fallbeispiele

Fallbeispiel 4.1

Der 57jährige, berentete Betonarbeiter, Herr S., lebt mit seiner Ehefrau im eigenen Haus. Er kommt über die Chirurgische Ambulanz zur stationären Aufnahme in die Psychiatrie, nachdem er zu Hause im Krampfanfall gestürzt war, sich dabei eine Kopfplatzwunde zugezogen hatte und anschließend unruhig und verwirrt erschien. Bei der Aufnahme war eine geordnete Unterhaltung nicht möglich, Herr S. war zwar wach, zu allen Qualitäten aber desorientiert.

Die Ehefrau berichtete, daß ihr Mann seit 5 Jahren zunehmend vergeßlich geworden, seit einer Nasennebenhöhlenoperation vor 3 Jahren auch häufig verwirrt gewesen sei.

Im CCT fand sich eine beträchtliche kortikale und subkortikale Atrophie, besonders links-temporal.

Noch am Aufnahmetag erlitt der Patient einen weiteren generalisierten Krampfanfall, woraufhin eine Therapie mit Phenytoin (Phenhydan®) eingeleitet wurde. Wir interpretierten die Krampfanfälle im Zusammenhang mit der dementiellen Erkrankung.

In den Tagen nach der Aufnahme schwankte die Stimmung des Patienten zwischen unangemessen euphorisch und ängstlich-depressiv. Deutlich ausgeprägt waren unspezifische aphasische Störungen: an einmal gefundenen Begriffen blieb er mit stereotypen Wiederholungen haften. Herr S. wirkte bei der Visite ratlos, etwas ängstlich, stets freundlich.

Die Entlassung erfolgte nach einigen Wochen, nachdem die Ehefrau häusliche Hilfe organisiert hatte. Sie wollte die weitere Pflege zunächst selbst übernehmen.

→ ***Präsenile Demenz, Alzheimersche Erkrankung (F00.0)***

Fallbeispiel 4.2

Die 75jährige Patientin, Frau P., wird aus der Pflegeabteilung eines Altersheims in die Klinik eingewiesen. Im Heim störte die Patientin durch mehrfach aufgetretene Unruhezustände mit lautem Hilferufen (sie solle ermordet werden). Häufig war sie verwirrt und verirrte sich in fremde Zimmer.

Bis zu ihrer Berentung vor 10 Jahren war Frau P. Bürovorsteherin in einem Anwaltsbüro gewesen und hatte daneben zahlreiche ehrenamtliche Tätigkeiten ausgeübt. Bis vor 1 Jahr, als sie wegen Verwirrtheitszuständen mit Verfolgungswahn in eine Innere Klinik eingewiesen wurde, war sie gesund gewesen. Kurze Zeit nach der Entlassung mußte sie erneut stationär aufgenommen werden, dieses Mal im

Psychiatrischen Landeskrankenhaus. Von dort erfolgte die Verlegung in die Pflegeabteilung eines Altersheimes, nachdem eine Aufenthalts- und Vermögensbetreuung eingerichtet war.

Bei der Aufnahme wurden starke Merkfähigkeitsstörungen, wie auch Störungen des Altgedächtnisses festgestellt, daneben eine Neigung zu Konfabulationen. Verlangsamter und haftender Gedankengang, keine wahnhaften Gedanken. Subdepressive Stimmung, Antriebsverarmung. Auffallend war die inselartig recht gut erhaltene Rechenfähigkeit von Frau P.; Umgang mit Zahlen war wesentlicher Teil ihres Berufes und zugleich Hobby.

Im CCT zeigten sich Zeichen einer subkortikalen und vor allem kortikalen Hirnsubstanzminderung mit multiplen Infarkten im Sinne vaskulärer Demenz.

In den ersten Tagen litt die Patientin noch unter Schlafstörungen und nächtlichen Unruhezuständen. Unter Digitalisbehandlung, nach Gabe von Haloperidol (Haldol®) während des Tages und Prothipendyl (Dominal®) zur Nacht sowie unter einer Infusionsserie mit makromolekularen Dextranen kam es dann zwar zu einer Beruhigung, Frau P. wurde nach einigen Wochen in das Pflegeheim zurückverlegt, das amnestische Psychosyndrom konnte dagegen nicht nachhaltig beeinflußt werden.

Senile Demenz, vaskulärer Typ (F01.1)

Fallbeispiel 4.3

Ein 78jähriger Patient, Herr E., hatte sich einige Tage vor der Aufnahme in die Psychiatrische Klinik an die Intensivstation des Klinikums wegen Magenbeschwerden gewandt, die er auf Fremdeinflüsse zurückführte.

Bei der Aufnahme in unserer Klinik berichtete er, daß aus der unter ihm liegenden Wohnung einer attraktiven jungen Frau schädliche Gerüche in seine Wohnung drängen. Zunächst seien es harmlose Gerüche etwa nach Zwiebeln gewesen, jetzt Eisengeruch. Er fürchte Explosionsgefahr. Dabei könne nicht nur sein Haus zerstört werden, sondern auch Gebäude in der Nachbarschaft. Es müsse entgast werden, womöglich in einem NATO-Programm, das vom Bundeskanzler ins Leben gerufen werden müsse.

Herr E. hatte früher ein eigenes Lebensmittelgeschäft geführt, seit 16 Jahren ist er Rentner. Er war Zeit seines Lebens ein empfindlicher, einzelgängerischer Mensch und ging nie eine engere Partnerschaft ein. Seit 4 Jahren lebt der Patient in einer inzwischen völlig verwahrlosten Einzimmerwohnung, ohne ausreichende sanitäre Einrichtungen und mit ungenügender Heizmöglichkeit.

Bei der Aufnahme zeigten sich inhaltliche Denkstörungen im Sinne eines paranoiden Wahnsystems. Längere Zeit hatte sich Herr E. sexuell beeinträchtigt gefühlt; die gegenwärtigen Magenbeschwerden erklärte er damit, daß russische Spione sich in seinem Hause herumtrieben und vor einigen Tagen angefangen

hätten, Gas in seine Wohnung zu leiten. Die seit Jahren bestehenden olfaktorischen Halluzinationen bilden offenbar den Kern seines Wahnsystems. – Keine Merkfähigkeits-, Konzentrations- oder Orientierungsstörungen!

Unter neuroleptischer Medikation trat Beruhigung ein, jedoch keine Distanzierung vom Wahn. Zwar läßt sich Herr E. zur Aufnahme in ein Altersheim überreden, er sieht jedoch nicht ein, daß er nicht mehr allein leben kann.

Herr E. wies keine neurologischen Störungen, keine über das Altersmaß hinausgehenden, auf eine Hirnatrophie hinweisenden Befunde im CCT auf, kein amnestisches organisches Psychosyndrom, so daß wir das Krankheitsbild als paranoid-halluzinatorische psychotische Entwicklung im Senium ansahen, wie bei entsprechend disponierten Persönlichkeiten als Kontaktmangelparanoid beschrieben. Die anfängliche Diagnose eines paranoiden Syndroms im Rahmen einer senilen Demenz wurde nicht bestätigt.

Nach ICD-10 ist differentialdiagnostisch neben F06.2 organische wahnhafte (schizophreniforme) Störung oder F22.0 anhaltende wahnhafte Störung zu erwägen.

Paranoide Psychose im Senium (Kontaktmangelparanoid) (F06.2)

Fallbeispiel 4.4

Die 43jährige Patientin, Frau K., wurde wegen unklarer Bewußtseinsstörung zunächst in die Neurologische Klinik aufgenommen, wegen depressiver Symptomatik jedoch einen Tag später in die Psychiatrische Klinik verlegt.

Frau K. ist verheiratet, hat zwei Töchter. Sie hat Verkäuferin gelernt, ihren Beruf aber seit der Eheschließung nicht ausgeübt.

Nach im übrigen unauffälliger somatischer Anamnese wurde bei ihr vor 2 Jahren ein Meningeom diagnostiziert. Seit der damaligen Operation mußte sie mehrfach in Verbindung mit dem seither aufgetretenen symptomatischen Anfallsleiden stationär behandelt werden.

Offenbar war es vor der jetzigen Aufnahme zu einem epileptischen Anfall mit verlängerter Aufwachphase gekommen. In der Klinik wurde ein kurzzeitiger fokalmotorischer Anfall mit Sopor beobachtet, nachfolgend geringgradige Somnolenz und Erbrechen sowie paroxysmale Tachykardien. Psychisch wirkte Frau K. verlangsamt, umständlich, am Einzelnen haftend; subdepressiv, gelegentlich gereizt. Keine Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen. Im CCT war kein Tumorrezidiv nachzuweisen, die Lumbalpunktion blieb ohne pathologischen Befund.

Nachdem auf Carbamazepin (Tegretal®) eine beträchtliche allergische Hautreaktion aufgetreten war, wurde auf Phenytoin (Zentropil®) eingestellt. Im Vordergrund der Behandlung standen Einzel- und Angehörigengespräche, die die nach der Operation in der Familie aufgetretenen Spannungen reduzierten. Eine wesentliche Besserung des Zustandes von Frau K. konnten wir allerdings nicht erreichen.

Depressive Reaktion nach Meningeomoperation (F06.32, F07.0) einhergehend mit symptomatischer Epilepsie, rechtsseitiger Hemiparese und hirnorganischem Psychosyndrom

Fallbeispiel 4.5

Die 36jährige Patientin, Frau S., eine berentete Bürokauffrau, wurde von ihrem Ehemann in die Klinik gebracht, da zu Hause mehrfach Erregungszustände aufgetreten waren.

Der Ehemann berichtete zur Familienanamnese und Lebensgeschichte: die Mutter der Patientin verstarb mit 38 Jahren im Landeskrankenhaus an einer Chorea Huntington, der Großvater mütterlicherseits war ebenfalls daran gestorben.

Frau S. ist das ältere von 2 Kindern eines Bauschlossers, die Scheidung der Eltern erfolgte, als die Patientin 8 Jahre alt war, wegen Alkoholismus des Vaters. Sie wuchs mit dem 3 Jahre jüngeren Bruder bei der Mutter auf, die 30jährig an einer Chorea Huntington erkrankte. Die Muttersmutter übernahm die Erziehung der Kinder. Nach der Hauptschule absolvierte Frau S. eine Lehre zur Bürokauffrau, einen Beruf, den sie nach der Heirat mit 21 Jahren noch weitere 4 Jahre ausübte.

Vor 10 Jahren traten die ersten Symptome der Krankheit auf: Kurz nach der Geburt ihres Sohnes kam es zu Gangunsicherheit. Die Patientin sei launisch und unberechenbar geworden. Zwei Jahre später wurde sie erstmals nervenärztlich untersucht, 5 Jahre nach Krankheitsbeginn stationär in einer Neurologischen Klinik behandelt. Sie reagierte depressiv, als man sie über ihre Diagnose und die Prognose aufklärte. In der Folgezeit kam es mehrfach zu stationären Behandlungen. Wegen der zunehmenden Bewegungsstörung und des hirnorganischen Psychosyndroms wurde sie 4 Jahre vor der jetzigen Aufnahme berentet. Anfang dieses Jahres war eine weitere Verschlechterung des Zustandes eingetreten. Mehrmals versuchte die Patientin, unrealistische Pläne mit allen Mitteln in die Tat umzusetzen. So wollte sie z. B. ein Haus und ein Pferd kaufen, ohne daß dafür genügend Geld zur Verfügung stand. Außerdem war sie wahnhaft davon überzeugt, daß ihr Mann sich von ihr scheiden lassen wolle; durch nichts ließ sie sich von dieser Meinung abbringen. Im Verlauf der damit verbundenen Auseinandersetzungen kam sie immer wieder in so heftige Erregung, daß sie vom Balkon klettern oder aus dem Fenster springen wollte.

Psychischer Befund bei der Aufnahme: bewußtseinsklar, zeitlich unsicher, im übrigen aber voll orientiert; Auffassung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis ungestört. Affektiv erschien die Patientin inadäquat fröhlich. Sie äußerte wahnhafte Gedanken, bezogen auf die von ihr vermuteten Trennungsabsichten ihres Ehemannes.

Neurologisch: grimmassierender Gesichtsausdruck, kehlige dysarthrische, schwer verständliche Sprache. Streckung der Arme im Ellenbogengelenk nicht möglich; Daumen in Fehlstellung, Grundgelenk gebeugt, erhöhter Muskeltonus, MER beidseitig lebhaft, ASR kloniform, BSR beidseitig verbreiterte reflexogene Zonen. Ausfahrende, ataktische Bewegungen, insbesondere auch beim Finger-Nase-Versuch. Intentionstremor, keine Sensibilitätsstörungen

CCT: Erweiterung der inneren und äußeren Liquorräume: fortgeschrittene Hirnatrophie. Vorderhörner der Seitenventrikel zeltförmig erweitert im Sinne einer Substanzminderung des Nucleus caudatus beidseitig.

Die Behandlung erfolgte mit Tiaprid-HCl (Tiapridex®), und Lorazepam (Tavor®), wegen der zusätzlichen wahnhaften Symptomatik auch mit Haloperidol (Haldol®). Daneben krankengymnastische Behandlung.

Da die weitere häusliche Pflege nicht mehr möglich war, wurde die Patientin nach Einleitung einer Aufenthalts- und Vermögenspflegschaft in ein Krankenhaus für chronisch Kranke verlegt.

Hirnorganisches Psychosyndrom bei Chorea Huntington (F02.2)

Fallbeispiel 4.6

Die 47jährige, verheiratete Patientin, Frau B., war bis kurz vor ihrer Krankenhausaufnahme als Altenpflegerin tätig. Die Einweisung erfolgte wegen Gangstörungen, Paresen und Bewegungsstörung mit Verdacht auf konversionsneurotische Entwicklung.

Frau B. wurde als Tochter eines Vulkaniseurmeisters und einer Hausfrau in der ehemaligen DDR geboren. Als junge Frau verlor sie ihre Eltern, die beide an einer Herzerkrankung verstarben. Nach dem Abitur absolvierte sie eine Lehre als Drogistin. In die Bundesrepublik gekommen, ging sie mit 27 Jahren ihre erste Ehe ein. Aus dieser Verbindung mit einem Marokkaner stammen 2 jetzt schon fast erwachsene Kinder. Nach der Scheidung, 7 Jahre später, heiratete sie ihren jetzigen Mann, einen 10 Jahre jüngeren Griechen, mit dem sie einen Sohn hat. Wegen Arbeitslosigkeit des Ehemannes lebt die Familie in schlechten finanziellen Verhältnissen.

Zur somatischen Anamnese: Mit 29 Jahren habe sie erstmals Augensymptome mit Schleiersehen und Verlust des Farbensehens bemerkt. Mit 40 Jahren trat Schwäche im linken Fuß auf, die sich vor 1 Jahr auf beide Beine und Arme ausbreitete. Seit 1 Jahr Doppelbilder. – Labiler Hypertonus.

Bei der Aufnahme zeigte Frau B. psychopathologisch keine produktive Symptomatik, sie war bewußtseinsklar und voll orientiert. Sie wirkte vital und zeigte sich kooperativ. Im Affekt erscheint sie geringfügig euphorisch, etwas inadäquat.

Neurologisch: endständiger unerschöpflicher Nystagmus beim Blick nach rechts; rhythmischer grobschlägiger Ja-Tremor des Kopfes. Unsicherer, schwankender Gang, Beugeschwäche des linken Unterschenkels, Hyperreflexie des rechten Armes; Hyperalgesie beider Beine, Hypalgesie am rechten Oberarm, Herabsetzung des Vibrationsempfindens in beiden Beinen.

Psychodynamisch fanden wir eine enge Beziehung zum Vater, eine konflikthafte Verarbeitung der Beziehung zu ihrer Mutter, die häufig Scheidungsabsichten äußerte. Mit 26 Jahren schwere Enttäuschung in einer intimen Liebesbeziehung, die dann von ihr beendet wurde. In der ersten Ehe mit einem Marokkaner häufiges Unglücklichsein. Weitere Beziehungen zu Ausländern aus den Mittelmeerländern in eher ungeordneten Lebensbedingungen. Der jetzige Mann plant, zur See zu fahren. Er hat wenig Verständnis für sie und möchte in ein romanisches Land umsiedeln. Sie erwartet, daß er sie demnächst verlassen wird.

Nach zahlreichen Gesprächen ließen sich die Symptome als konversionsneurotisch bedingt verstehen. Zusätzliche somatische Untersuchungen zwangen uns dann aber zu einer Korrektur der Diagnose: Im MRT fanden sich Demyelinisierungsherde. Bei der Untersuchung visuell evozierter Potentiale ergaben sich Hinweise auf rechtsbetonte Schädigung des visuellen Systems beidseits. Bei Ableitung der akustisch evozierten Potentiale: Verdacht auf Schädigung im Bereich des Colliculus inferior.

Im Liquor Veränderungen mit Pleozytose, Eiweißvermehrung, liquorelektrophoretisch Gammaglobulinvermehrung.

Nach eindeutiger Festlegung der Diagnose „Multiple Sklerose" wird eine Behandlung in der MS-Ambulanz des Klinikums vereinbart, Frau B. nimmt an einer Gruppentherapie für MS-Kranke teil.

Multiple Sklerose (pseudoneurotische Entwicklung) (F06.3)

Historische Fälle aus der klassischen Literatur

Fallbeispiel 4.7

„C. G., 21 Jahre alt, sehr kräftig, ist am 26. Febr. 1859 schnell mit starkem Frost, Nasenbluten, Schwindel erkrankt; wird am 28. Febr. in meine Clinic aufgenommen. Die Untersuchung ergibt Pneumonie des rechten unteren Lappens in geringer Ausdehnung, schweres Typhusähnliches Krankheitsbild mit Prostration, viel ruhigen Delirien, Respiration 32–42, Puls 100–104, Temperatur 40,3–41,0 C. Am dritten Krankheitstag erscheint ein Herpes labialis, der sich schlecht entwickelt. Am vierten Krankheitstag sinkt die Temperatur von morgens 40,3 Grad auf abends 39,9 Grad C., der Puls auf 92; der Pat. zeigt dabei mehr Verwirrtheit und Geistesabwesenheit. Am fünften Krankheitstag zeigen die physicalischen Zeichen den vollen Rückgang des örtlichen Processes, die Temperatur ist morgens und abends 38,1 und 38,2 C., Puls 66–72, zeitweise aussetzend. Das Aussehen ist bleich, Pat. total von Sinnen, er weiß gar nicht, wo er ist, erinnert sich an die einfachsten Dinge nicht, schwatzt anhaltend delirierend fort und wird nachts höchst unruhig und ungebärdig (Morphium). Nach der heftigsten Unruhe kam gegen Morgen ein ruhiger langer Schlaf bei blassem, zuweilen leise zuckendem Gesichte, langsamem Athem, irregulärem, 60–66mal schlagendem Puls, Temperatur 37,3 C."

Der Autor dieser Kasuistik, Wilhelm Griesinger, weist darauf hin, daß die psychische Störung sich erst mit der Abnahme des Fiebers entwickelt habe, daß er darum den Fall nicht als Fieberdelir betrachte. Er berichtet darüber, daß sich das psychische Verhalten des Patienten bereits nach 2 Tagen normalisierte.

Symptomatische Psychose bei Pneumonie (nach Griesinger) (F05.0)

Fallbeispiel 4.8

Es wird die Krankengeschichte einer 44jährigen, bis dahin besonders tüchtigen Röntgenschwester dargestellt.

„Man erfuhr, daß die Pat. etwa ein Jahr vor der Aufnahme in dem Krankenhaus in einem immer stärker werdenden Eigensinn mit zunehmender Reizbarkeit auffiel. Ein halbes Jahr zurück erlitt sie während der Arbeit auf der Röntgenstation einen apoplektiformen Insult. Sie konnte nicht mehr sprechen. Als nach einigen Stunden das Sprechvermögen zurückgekehrt war, klagte sie über ein Gefühl von Pelzigsein in der Zunge, der rechten Gesichtshälfte sowie im rechten Arm. Eine motorische Lähmung war nicht vorhanden, auch war kein Bewußtseinsverlust festgestellt worden. Man schickte die Schwester daraufhin in ein Erholungsheim, von wo man sie ihres immer auffälliger werdenden Benehmens wegen nach sechs Wochen wieder in das Mutterhaus zurückholte. Nun wurde im Blutserum eine stark positive Wassermannsche Reaktion festgestellt. Ohne an eine Liquoruntersuchung zu denken, hielt man sie dort noch mehrere Monate lang und machte eine „vorsichtige Neosalvarsankur", die in drei Injektionen zu 0,15 Neosalvarsan bestand. Wegen einer darauffolgenden rasch zunehmenden psychischen Verschlechterung wurde diese Behandlung wieder abgebrochen. Einmal bejahte die Pat. auf Befragen in völlig vager und unklarer Weise die Möglichkeit einer luetischen Infektion. Eine Mitschwester erzählte, daß die Pat., sonst sehr zurückhaltend, schon seit Monaten begonnen habe, ihr gegenüber viel und hemmungslos über sexuelle Dinge zu sprechen. Auf der Krankenstation des Mutterhauses habe sie phantastische Geschichten berichtet, z. B. daß die Frau des Chefs geschlechtskrank sei und sie selbst die Lues, die sie angeblich haben solle, dann wohl von ihrem Chef erworben habe. Pat. drängte wiederholt aus dem Bett, um abzureisen, weil sie in den nächsten Tagen mit einem Arzt Hochzeit feiern werde, den sie in den letzten Jahren gelegentlich in seiner Sprechstunde konsultiert hatte. Dann fing sie an, zunehmend expansiv zu werden. Sie besitze 5 Millionen und einen prachtvollen schwarzen „Mercedes", in Luxusausführung. Wenn Ref. auch so einen haben wolle, könne sie jederzeit dafür sorgen. Auch von ihren Millionen gebe sie ihm sofort eine ab, später bei Bedarf noch mehr. Sie habe 10 oder 20 Kinder, prächtig, gescheit, gesund, jedes habe bei der Geburt 10 oder 12 oder 15 Pfund gewogen. Meist habe sie sich selbst durch Kai-

serschnitt entbunden, denn ihr Mann Dr. X. habe sie zu einer erstklassigen Operateurin ausgebildet usw. Pat. wirkt in ihrer strahlenden, kritiklosen Euphorie schon sehr dement. Sie war auf der Abteilung Tag und Nacht unsauber in Stuhl und Urin. Zeitlich und örtlich war sie höchst mangelhaft orientiert und glitt mit Gehobenheit über ihr Versagen hinweg."

Neurologisch bestand eine reflektorische Pupillenstarre, ferner fand sich eine erhebliche artikulatorische Sprachstörung mit Silbenstolpern und Schmieren bereits beim spontanen Sprechen sowie ein unkoordiniertes Flattern der mimischen Gesichtsmuskulatur. Der Liquorbefund bestätigte die Diagnose der Progressiven Paralyse.

Unter einer Fieberbehandlung mit Impfmalaria sowie der dann folgenden Neosalvarsanbehandlung kam es zu einer klinischen und serologischen Besserung. Es gelang, die Patientin wieder voll herzustellen. Bei Erhebung der genaueren Anamnese stellte sich heraus, daß die Infektion der Patientin 18 Jahre zurück lag und unbemerkt geblieben war.

Expansive Form der Progressiven Paralyse (nach Weitbrecht) (F06.30)

5 Mißbrauch und Abhängigkeit

5.1 Allgemeiner Teil

Zahlreiche psychotrope Substanzen werden verwendet, um in mißbräuchlicher oder abhängiger Weise Effekte hervorzurufen, die die Betreffenden gefährden oder schädigen. Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit stehen in Interaktion mit Persönlichkeit (Disposition und Entwicklung), Umwelt (Sozialfeld und Gesellschaft) und Droge (Angebot, Erreichbarkeit, Wirkung).

Der Terminus „Abhängigkeit" als körperliche und/oder psychische Abhängigkeit wird synonym mit „Sucht" verwendet. Der Begriff „süchtige Fehlhaltung" beinhaltet auch süchtige Verhaltensweisen (nicht stoffgebundene Süchte) wie Spielsucht etc.

Definitionen:

- ***Mißbrauch*** (schädlicher Gebrauch): körperlicher und seelischer Schaden aufgrund des Gebrauchs in übermäßiger Menge oder (bei Medikamenten) in nichtzweckentsprechender Weise
  Diagnose „Mißbrauch" nur, wenn nicht bereits Abhängigkeit vorliegt: Mißbrauch als Vorstufe!
- ***Abhängigkeit:*** übermächtiges Verlangen nach Einnahme von Drogen oder Alkohol, überwertig gegenüber anderen, früher höher bewerteten Verhaltensweisen
  Gekennzeichnet durch Kontrollverlust, körperliche Entzugserscheinungen (Entzugssyndrom, Besserung durch Zufuhr des Suchtmittels), eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz (z.B. Außerachtlassung gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens), Toleranzentwicklung (Dosissteigerung), Konsum trotz nachweislicher Schädigung, evtl. Beschaffung der Droge mit allen Mitteln (Beschaffungskriminalität), Abhängigkeit von einem einzelnen Stoff, einer Gruppe oder einem weiten Spektrum von Substanzen (Polytoxikomanie).

Mißbrauchs-/Abhängigkeitstypen lt. Weltgesundheitsorganisation (WHO):

- Alkohol
- Opioide (Morphin, Heroin)
- Cannabinoide (Haschisch, Marihuana)
- Sedativa und Hypnotika
- Kokain
- Stimulantien (Amphetamine, Ecstasy, auch Koffein)
- Halluzinogene (LSD, Psilocybin)
- Flüchtige Lösungsmittel (Schnüffelsucht)
- Tabak

sowie polyvalenter Mißbrauch/Abhängigkeit. Früher auch Khattyp und Morphiumantagonisten.

Syndrome im Zusammenhang mit Substanzeinnahme

- ***Akute Intoxikation***
  Vorübergehender Zustand aufgrund der Einnahme einer hohen Dosis von Drogen oder Alkohol mit körperlichen und psychischen Störungen bzw. Auswirkungen auf das Verhalten
  Symptome:
  - Sedierung oder Erregungszustände
  - delirante Zustandsbilder
  - sonstige produktiv-psychotische Syndrome
  - Anfälle
  - u. U. Bewußtseinsverlust, Koma
- ***Entzugssyndrom***
  Auftreten bei Abhängigkeit. Rascher Entzug anzustreben!
  Symptome:
  - vegetativ: Schlafstörungen, Tremor, Schwitzen
  - Unruhe, Angst, Depression
  - Besserung durch Zufuhr des Suchtmittels

  im Rahmen des Entzugssyndroms auch:
  - Delirium tremens (Provokation durch Entzug, Trauma, Infekt)
  - häufig symptomatische Anfälle
- ***Exogene Psychosen***
  Produktive Symptome (Wahrnehmungsstörungen und Wahn) sowie affektive und psychomotorische Störungen, u. U. qualitative Bewußtseinsstörung

Formen:
- Halluzinose (unterschiedlich je nach Drogentyp)
- schizophreniforme paranoid-halluzinatorische Psychosen sowie organische Psychosyndrome
- vorwiegend wahnhafte Psychose
- Korsakow-Syndrom/amnestisches Syndrom mit Merkfähigkeits-, Gedächtnis-, Orientierungs- und Zeitgitterstörungen sowie Konfabulationen
- Nachhallzustände (flashback) von Psychosen und Intoxikationen
- affektive Zustandsbilder (chronische Angstzustände)

5.2 Spezieller Teil

5.2.1 Alkoholismus (F 10)

Allgemein: Bei einem Konsum von Alkohol, der über das sozial tolerierte, für Individuum oder Gesellschaft ungefährliche und unschädliche Maß hinausgeht, kann es sich handeln um:
- einmaligen Mißbrauch (Intoxikation)
- gewohnheitsmäßigen schädlichen Gebrauch (Mißbrauch)
- Abhängigkeit/Sucht (Alkoholismus im engeren Sinne)

Seit 1968 ist Alkoholismus in der BRD vom Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt.

Epidemiologie: Neben neurotischen (psychogenen) Störungen in Europa verbreitetste psychische Störung!

Prävalenz: in der BRD etwa 3 % der Erwachsenenpopulation.

Schätzung: 2–3 Millionen Alkoholiker, dazu etwa ebensoviele Gefährdete sowie betroffene Angehörige, d. h. 6–10 Millionen indirekt oder direkt Betroffene. Nicht gerechnet ist kurzdauernder Mißbrauch! „Alkohol - das durchgesetzte Recht auf Rausch!"

Erhebliche sozialmedizinische Bedeutung:
- 30 % der psychiatrischen Krankenhausaufnahmen (50 % der Männeraufnahmen, 20 % der Frauenaufnahmen)
- 10–20 % der Patienten im Allgemeinkrankenhaus
- 10–15 % der Patienten in der Allgemeinpraxis
- Beteiligung von Alkohol an ca. 50 % aller Straftaten (Aggressiondelikte!) sowie an 50 % der Selbstmordversuche

- Anstieg des Frauenalkoholismus (oft heimliches Trinken!) Nach dem 2. Weltkrieg Verhältnis Männer : Frauen 8 : 1, seither ständig steigender Frauenanteil

Angaben zu Alkoholverbrauch und -toleranz:

- Seit dem Zweiten Weltkrieg bis ca. 1975 in der BRD ständiger Anstieg des Alkoholverbrauchs, seit 1991/2 geringfügiger Rückgang
- BRD international an 1. Stelle vor Frankreich, Portugal, Schweiz, Spanien. Verbrauch von 11–13 l reinen Alkohols pro Kopf/Jahr (1950: 3 l, 1994 (gesamte BRD): 11,4 l)
- 1994 pro Kopf Verbrauch in der BRD: Bier: 139,6 l, Wein: 17,5 l, Sekt: 5,0 l, Spirituosen 6,7 l
- Ausgaben für Alkohol in der BRD im Jahr 1987: 32,4 Mrd. DM. Steuereinnahmen im Jahr 1987: 6,1 Mrd. DM. 1994: 7,8 Mrd. DM
- hohe volkswirtschaftliche Verluste durch Alkoholfolgen (Schätzung über 40 Milliarden/Jahr)
- hohe Zahl von Alkoholtoten, meist unterschätzt im Vergleich zu Drogentoten, da vorwiegend indirekt: Unfälle, körperliche Folgekrankheiten (Schätzung: mindestens 40 000/Jahr in der BRD gegenüber ca. 2000 Drogentoten)
- ungleicher Konsum: 10 % der Erwachsenen verbrauchen 50 % des getrunkenen Alkohols, 10 % sind abstinent
- Schädliche Werte für Männer: über 60 g/die, für Frauen: über 40 g/die (Bier 4,8 % vol, Wein/Sekt 11 % vol, Spirituosen 33 % vol)
- Toleranz unterschiedlich: herabgesetzt bei Epilepsie, Ermüdung, Hepatopathie, Hirngefäßsklerose, nach Hirntraumen, unter neuroleptischer Therapie und bei Alkoholikern in der chronischen Phase (s. S. 77 f.). Verstärkung (Potenzierung) der Alkoholwirkung durch Barbiturate, Tranquilizer, Neuroleptika, Antidepressiva etc.
- Hoher Alkoholverbrauch ist individuell meist mit hohem Nikotinmißbrauch verbunden (Raucherquote BRD: 42 % der Männer, 26 % der Frauen)

Ätiologie: multikausale Entstehung aus dem Zusammenwirken von genetischer Disposition, Persönlichkeitsstruktur, Droge und sozialem Umfeld (Familie, Sozialschicht, Beruf, kulturelle Einflüsse). Psychoanalyse nimmt starke orale Anteile in der Persönlichkeit an (geringe Frustrationstoleranz)

In der BRD wie z. B. auch in Frankreich permissive Haltung gegenüber Alkohol. Demgegenüber Abstinenzkulturen (Islam, Hindu) sowie Ambivalenzkulturen (USA, Großbritannien, Norwegen)

PHASEN NACH JELLINEK
(Symptome je nach Stadium der Abhängigkeit)

Präalkoholische Phase
- Spannungsreduktion durch Alkohol
- häufiges Trinken
- leichte Toleranzerhöhung

Prodromalphase
- Erleichterungstrinken (gierig!)
- Toleranzerhöhung
- Gedächtnislücken (Palimpsest = Verblassen alter Erinnerungen, Erinnerungslücken, Black-out, „Filmriß")
- heimliches Trinken mit Schuldgefühlen
- dauerndes Denken an Alkohol, aber Vermeidung von Gesprächen über Alkohol

Kritische Phase
- nach Trinkbeginn: Kontrollverlust
- Ausreden, Alibis, Rationalisierung
- Aggression und Schuldgefühle (Zerknirschung)
- nach Perioden von Abstinenz stets Rückfälle
- Trinksystem (nicht vor bestimmten Stunden!) gelockert
- Interesseneinengung, Verlust von Sozialbezügen
- Toleranzverminderung
- Zittern und morgendliches Trinken
- mangelhafte Ernährung
- Libido- und Potenzverlust (evtl. Eifersucht)

Chronische Phase
- verlängerte Räusche
- ethischer Abbau
- Fehlbeurteilung der eigenen Lage
- Trinken mit Alkoholikern („unter Stand")
- Trinken als Besessenheit
- Angstzustände, Zittern
- Auftreten von Psychosen
- Toleranzverlust
- Erklärungssystem versagt – Niederlage zugegeben – Behandlungsansatz!

Jellinek EM (1952) Phases of alcohol addiction. Quart J Stud Alc *13:* 673

Bild des chronischen Alkoholikers

Gesichtshaut rötlich, gedunsen; Tränensäcke; Teleangiektasien; belegte Zunge; Foetor ex ore

- *Psychisches Bild:*
  - passiv abhängige Persönlichkeit
  - depressive Verstimmung (Suizidalität)
  - affektlabil
  - distanzlos (Wesensänderung)
  - Gefälligkeitshaltung, latente Gereiztheit
  - psychoorganisches Syndrom
- *Körperliche Erkrankungen und Symptome:*
  - Gastritis mit Erbrechen und Übelkeit
  - Leberschädigung (Fettleber, Leberzirrhose): Gamma-GT, GOT, GPT, alkalische Phosphatase, CDT (Carbohydrat defizientes Transferrin) erhöht
  - Erhöhung der MCV (Makrozyten)
  - Pankreatitis
  - Herzmuskel-Erkrankungen
  - akute Myopathie
  - neurologische Störungen, vor allem Polyneuropathie (Gangstörungen, Sensibilitätsstörungen)
  - Krampfanfälle
  - Zieve Syndrom (akutes hämolytisches Syndrom, Leberzirrhose oder Pankreatitis)

Folgende spezifische, durch Alkohol bedingte, psychiatrische Krankheitsbilder können als akute Intoxikationen oder als metalkoholische Psychosen auftreten:

Einfacher Rausch (F 10.0)

Alkoholvergiftung = Alkoholpsychose im weiteren Sinne

Bestimmung von Blutspiegel und/oder Atemalkohol (bis 1,5 ‰ leichter, bis 2,5 ‰ mittelschwerer Rausch)

Symptome:

- zerebelläre Symptomatik mit Ataxie, Dysarthrie, Koordinationsstörungen beim Sprechen, Gehen, Schreiben; Blickrichtungsnystagmus
- vegetativ: erweiterte Hautgefäße, Mydriasis, Pulsbeschleunigung
- psychisch: Enthemmung, Euphorisierung oder depressive Regression (Suizidalität!), Urteilsschwäche, Selbstüberschätzung
- Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Orientierungsstörungen

Art des Alkoholismus	Versuch einer Typisierung	Abhängigkeit	Suchtkennzeichen
Alphatypus	Problem-, Erleichterungs-, Konflikttrinker	episodenweise psychisch	kein Kontrollverlust, aber undiszipliniertes Trinken, Fähigkeit der Abstinenz
Betatypus	Gelegenheitstrinker (übermäßig, unregelmäßig)	keine, außer soziokulturelle	kein Kontrollverlust; Organschäden möglich
Gammatypus	süchtiger Trinker	zuerst psychische Abhängigkeit, später physische Abhängigkeit	Kontrollverlust, jedoch Phasen von Abstinenzfähigkeit (!)
Deltatypus	Gewohnheitstrinker (rauscharmer kontinuierlicher Alkoholkonsum)	physische Abhängigkeit	Unfähigkeit zur Abstinenz, aber kein Kontrollverlust
Epsilontypus	episodischer Trinker („Quartalssäufer", Dipsomanie)	psychische Abhängigkeit	Kontrollverlust, jedoch Fähigkeit zur Abstinenz; Tendenz zum Übergang in Gammatypus

Gamma-, Delta- und Epsilontyp: Alkoholkrankheit im engeren Sinne mit seelischen, körperlichen und sozialen Schädigungen und Abhängigkeit

Jellinek EM (1960) The disease of alcoholism. Yale Univ. Press, New Haven

Tabelle 5.1. Formen des Alkoholismus nach Jellinek

- Bewußtseinsstörungen
- für den Rausch oft (partielle) Amnesie (Black-out)

Therapie: meist keine Therapie; bei Erregung u. U. Neuroleptika

Komplizierter Rausch

Symptome: stärkere Ausprägung des „einfachen" Rausches, mit Erregung und Bewußtseinstrübung. Öfter Amnesie, besonders bei Oligophrenen und hirnorganisch Kranken

Therapie: Sedierung mit Neuroleptika wie Haloperidol (Haldol®), Chlorprothixen (Truxal®), Promethazin (Atosil®), evtl. Diazepam (Valium®) langsam i. v.

Pathologischer Rausch (F 10.07)

Alkoholbedingte symptomatische Psychose (Dämmerzustand). Eintreten nach u. U. nur geringer Alkoholmenge (Alkoholunverträglichkeit)

Vorkommen: bei Hirntraumatikern, Epileptikern, chronischen Alkoholikern; psychoreaktiv bei abnormen Persönlichkeiten. Öfter als Ausflucht nach normalem Rausch, um vor Gericht Exkulpierung (§ 20 StGB) zu erreichen

Symptome:
- Desorientiertheit (Situationsverkennung)
- Personenverkennung, Wahrnehmungsstörung (Halluzinationen)
- schwere Erregung, sinnlose Gewalttaten
- Terminalschlaf
- Erinnerungslücke, meist nur kurze Dauer (15 min – mehrere Stunden)

Therapie: wie bei kompliziertem Rausch

Entzugssyndrom (F 10.3) (s. S. 79)

Bei Abhängigen nach längeren Trinkphasen meist zunächst vegetative Symptome (feuchte Hände!). Protrahierter Entzug prognostisch ungünstig.

Therapie: Carbamazepin 200–800 mg/die

Delirium tremens (F 10.4)

Vorkommen: Auftreten einige Tage nach Entzug als Entzugsdelir oder (selten) als Kontinuitätsdelir; provoziert auch durch Anticholinergika (Anti-Parkinson-Mittel, Antidepressiva), Neuroleptika, Spasmolytika etc.
Dauer: unbehandelt 3 bis maximal 20 Tage; früher oft letaler Ausgang

Symptome:
- *Prodromi:* *(subdelirantes Syndrom):* Schlafstörungen; Aufmerksamkeitsstörungen; Angst, Unruhe (nächtliche Verwirrtheit); Zittern, Schwitzen, Tachykardie, Fieber, Durchfall, (vegetatives Entzugssyndrom); Muskelwogen (besonders mimisches Beben)
- *Vollbild:* Bewußtseinstrübung; Störung von Aufmerksamkeit, Auffassung und Immediatgedächtnis; Desorientiertheit; Beschäftigungsdrang, motorische Unruhe, Schreckhaftigkeit, Nesteln; gesteigerte Suggestibilität (z. B. Ablesen von einem weißen Blatt); inkohärentes Denken; Konfabulationen; Personenverkennungen; optische und szenische Halluzinationen, Akoasmen

Therapie:
- Clomethiazol (Distraneurin®) auch im beginnenden Delir möglichst oral, da gute Resorption, nur unter Intensivbeobachtung Infusionen (vermehrte Bronchialsekretion! cave: Atemdepression! Blutdruckabfall) langsam abbauen! Nach etwa 10 Tagen absetzen, Gefahr der Distraneurinabhängigkeit! s. auch S. 84!
- Clonidin (Catapresan®): nur stationär unter Intensivbedingungen
- bei starker paranoider Symptomatik Kombination mit Neuroleptika (z. B. Haloperidol®)
  Nachteil: Erniedrigung der Krampfschwelle
- Carbamazepin zur Anfallsprophylaxe und im Subdelir (schweres Entzugssyndrom; u. U. Vermeidung des Volldelirs)
- Herz- und Kreislaufstützung
- Vitamin B 1-Gaben
- genaue Beobachtung (Intensivkurve!)
- *keine* Alkoholinfusionen (auch aus ethischen Erwägungen) alternativ zu Distraneurin®! (leider nicht selten in chirurgischen Fächern!)

Alkoholhalluzinose (F 10.52)

Paranoid-halluzinatorische Psychose, relativ selten; Auftreten während chronischen Trinkens, öfter nach Trinkexzessen; Vorherrschen akustischer Halluzinationen; syndromatisch alle Übergänge zu Delir und Schizophrenie möglich
Dauer: Stunden bis maximal 6 Monate (bei längerer Dauer Zweifel an der Diagnose! Schizophrenie?)

Symptome:
- Stimmenhören in dialogischer und kommentierender Form (bedrohlich, Beschimpfungen; Sprechchöre, „Über-Ich")

- (Verfolgungs-)wahn
- Angst
- durch das Erleben der Kranken erklärbare Handlungen (z. B. Aggressivität gegen vermeintliche Personen)
- keine Bewußtseinsstörung, Orientierung erhalten
- zeitweilige Krankheitseinsicht

Therapie: Neuroleptika, Abstinenz (!)

Alkoholischer Eifersuchtswahn (F 10.51)

Psychologisch meist verstehbare, durch die Impotenz des Alkoholikers und Ablehnung der Ehefrau/Partnerin bedingte seltene Wahnentwicklung; häufiger bei Männern

Symptome:
- groteske Beschuldigungen (z. B. wahnhaft interpretierte „Spermaflecken im Bettlaken!")
- keine Krankheitseinsicht

Therapie: Alkoholabstinenz und (danach) Partnertherapie

Alkoholisches Korsakow-Syndrom (Psychose) (F 10.6)

Vorkommen: häufig im Anschluß an Alkoholdelir, an Wernicke-Enzephalopathie oder chronisch-progredient auftretend; bei 3–5 % der Alkoholiker; auch nach Monaten noch Besserung möglich, aber auch ungünstige, irreversible Verläufe

Symptome:
- Merkfähigkeitsstörungen
- Desorientiertheit
- Konfabulationen

} *Symptomentrias*

- oft flach euphorische Stimmung
- Passivität
- Auffassungsstörungen
- Kurzzeitgedächtnis am stärksten betroffen, Immediatgedächtnis erhalten

Therapie: Versuch mit Vitamin-B-Komplex, insb. Vitamin B_1

Wernicke-Enzephalopathie (Polioencephalopathia haemorrhagica superior Wernicke) (G 31.2)

Lebensbedrohliches Syndrom, klinisch oft schwer von Korsakow-Psychose zu trennen, oft auch Übergang ins Korsakow-Syndrom. Letalität 10–20 % trotz Therapie; neurologische Symptomatik nicht durchgehend nachweisbar, bei jedem Alkoholiker an Wernicke-Enzephalopathie denken!

Vorkommen: infolge Thiaminmangels bei Alkoholismus, aber auch bei Magenerkrankungen, Mangelernährung, schweren Infektionskrankheiten etc. Neuropathologisch: Blutungen und Gefäßläsionen im Thalamus, den Corpora mamillaria, der Gegend des Aquädukts und des 3. und 4. Ventrikels sowie im Zerebellum

Symptome:
- Auffassungs- und Gedächtnisstörungen
- Desorientiertheit
- Bewußtseinsstörungen (Delir), Vigilanzstörung
- Erregungszustände

neurologisch:
- Augenmuskellähmungen
- Pupillenstörungen (Miosis)
- horizontaler Blickrichtungsnystagmus
- zerebelläre Ataxie (Gangataxie)
- zentralvegetative Störungen (Hypersomnie)

Therapie: Vitamin B_1 (sofort hohe Dosen, dann 100 mg i. v./die) (keine Glukosegabe **vor** der Vitaminverabreichung; Gefahr der Laktatazidose!)

Weitere vorwiegend neurologische Erkrankungen

- alkoholische Kleinhirnatrophie (Rindendegeneration)
- Alkoholepilepsie: symptomatische, generalisierte Anfälle (oft im beginnenden Delir) oder durch Alkohol provozierte genuine Epilepsie
- Pachymeningeosis haemorrhagica interna (akute oder chronische subdurale Blutung)
- zentrale pontine Myelinolyse (schwerste neurologische Ausfälle; sehr hohe Mortalität)
- Marchiafava – Bignami-Syndrom: Degeneration des Corpus callosum mit Demenz, Sprachstörungen und Anfällen
- Polyneuropathie (mit axonaler Degeneration)

Alkoholembryophatie

Pränatale Erkrankung durch Alkoholkonsum der Mutter während der Gravidität.

Symptome: prä- und postnatale Wachstumsverzögerung, statomotorische und mentale Retardierung, Kleinwuchs, faziale Dysmorphie, schmales Oberlippenrot, Herzfehler u. a.

Therapie des Alkoholismus

Allgemein gilt: möglichst Früherkennung in voralkoholischer und Prodromalphase, bereits Primär- und Sekundärprävention

Entzug und Entwöhnung sind 2 voneinander abgrenzbare Phasen

- ***Entzug:*** Körperlicher Entzug (I) mit Carbamazepin, evtl. Distraneurin® (10 Tage, maximal 2 Wochen – cave: Suchtgefahr! Anwendung nur stationär); ambulant Carbamazepin (keine Tranquilizer!). Clonidin unter klinischer Überwachung. Unmittelbar anschließend Motivations-(gruppen)behandlung (Entzug II) als Vorbereitung zur Entwöhnung; Dauer: 2–3 Wochen
- ***Entwöhnung:*** Ziel ist die Abstinenz! D. h. kein Schluck Alkohol, auch kein „alkoholfreies" Bier, keine Likörbonbons etc., keine mit Alkohol zubereiteten Soßen! *Cave:* auch Arzneimittel in alkoholischer Lösung! Kontrolliertes Trinken ist bei Abhängigen unmöglich! Bei Mißbrauch (schädlichem Trinken) kann evtl. kontrolliertes Trinken versucht werden. Entwöhnung meist zunächst stationär, dann ambulant
- ***Psychotherapeutische (stationäre) Behandlung:*** In der Regel intensive Gruppenbehandlung nach psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Prinzipien mit den Zielen: Erlernen von Frustrationstoleranz, Aufgabe der Ersatzbefriedigungsfunktion der Droge, Unterstützung von Autonomiebestrebungen, Festlegung einer genauen Zeitstruktur des Tages und der Woche; Dauer der Behandlung in Spezialkliniken etwa 3 Monate; Empfehlung der langfristigen Teilnahme an Selbsthilfegruppen (Guttempler, Blaukreuz, Anonyme Alkoholiker), später auch Einbeziehung von Angehörigen; „Al-Anon" Selbsthilfegruppe von Angehörigen Alkoholkranker
- ***Medikamentöse Behandlung:*** Noch im Stadium der Erprobung: Mittel zur Reduktion des Trinkverlangens (Anticraving), z. B. Acamprosat (Campral®) (Nebenwirkungen: Hauterscheinungen, gastrointestinale Symptome (Diarrhoe). – Demgegenüber: Prinzip der Alkoholmeidung durch „Angst" vor der Unverträglichkeitsreaktion durch Dauermedikation mit Disulfiram (Antabus®); nur bei motivierten Patienten als psychologische Unterstützung, unter ständiger ärztlicher Kontrolle (*cave:* bei Überdosierung Leberschädigung, Psychosegefahr, Krampfanfälle, deshalb: kein Trinkversuch; Dosierung 0,1 g/die)
- Problematisch: Fragen der Kostenübernahme. Krankenkassen bezahlen nur Entzug sowie Medikamente, sodann Rentenversicherungsträger (LVA; BfA) zuständig
- Neuerdings Förderung halbstationärer und ambulanter Maßnahmen: z. B. ALITA = ambulante Langzeit-Intensiv-Therapie für Alkohlkranke (nach Ehrenreich): hochfrequente (tägliche) Gesprächskontakte mit langsamer Reduktion (Stufenkonzept)

Prognose

Abhängig von Ausgangspopulation. Behandlungserfolg mit Dauerabstinenz bei ca. 30–60 %, aber starke Selektion: von den alkoholismusbedingten Aufnahmen kommt es nach dem körperlichen Entzug nur bei etwa 10 % zu stationärer Kurztherapie, bei einem noch geringeren Anteil zu langfristiger Entwöhnung

Unbehandelt beträchtliche Verkürzung der Lebenserwartung, hohe Suizidrate

Rezidivgefährdung besteht lebenslang, Rückfallrisiko in den ersten Wochen, aber auch im ganzen 1. Jahr am höchsten

5.2.2 Drogenabhängigkeit

Opioide (Morphintyp) (F 11)

- *Opium* (getrockneter Saft des Schlafmohns): seit Jahrtausenden in Verwendung; schmerzstillend, euphorisierend, hypnogen
- *Morphinum hydrochloricum* (Morphium): ein Alkaloid des Opiums
- *Synthetische Suchtmittel* (austauschbar, Kreuztoleranz): Diacetylmorphin (Heroin), Hydromorphon (Dilaudid®), Hydrocodon (Dicodid®), Oxicodon (Eukodal®), Codein (in Hustenmitteln), Dihydrocodein (Paracodin®, Tiamon®), Pethidin (Dolantin®), Methadon (Polamidon®), Dextromoramid (Jetrium®), Tilidin (Valoron®), Pentazocin (Fortral®), Buprenorphin (Temgesic®) etc., Tramadol (Tramal®)

Symptome/Wirkungen:

- *kurz nach der Einnahme:*
  Stimulation, Euphorisierung, Sistieren von Mißbefinden, Reaktionsverlangsamung, Rückzug auf das innere Erleben, Abkapselung, Analgesie
- *oft bereits nach wenigen Tagen:*
  Gewöhnung mit Toleranzsteigerung/Dosissteigerung und Abhängigkeit mit chronischer Intoxikation:
  - Tonuserhöhung des Parasympathicus: Bradykardie, Blutdruckabfall, Müdigkeit, Miosis, Inappetenz, Gewichtsverlust, Obstipation, Impotenz, Frösteln, Zittern
  - fahle Haut (Injektionsstellen! Abszesse! Thrombophlebitiden!)
  - Haarausfall
  - Stimmungslabilität, Leistungsabfall
  - soziale Depravation (Wesensänderung mit Verfall von sittlichen und moralischen Werten und Normen)
  - Beschaffungskriminalität, Prostitution, Erschleichen von Kleinkrediten etc.
- *Intoxikation:* Enthemmung, Apathie, Ataxie, undeutliche Sprache, Miosis (Ausnahme: Mydriasis bei Anoxie nach schwerer Überdosierung), Vigilanzstörung

Diagnostische Hilfsmittel:

- Trunkenheit ohne Alkohol!
- vegetative Stigmata: gerötete Augen, trockener Mund, Herzklopfen, Durst, enge Pupillen
- Einstiche (Hautläsionen)
- psychische Auffälligkeit (moros-gereizt-vernachlässigt)

Entzugserscheinungen (sympathikotone Reaktion):

- weite Pupillen (Mydriasis)
- Schwitzen, Tränenfluß, Nasenlaufen
- Zittern, Gliederschmerzen, Muskelkrämpfe
- Tachykardie, Anstieg von Blutdruck und Temperatur
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle
- Schlaflosigkeit
- psychisch erregt, verzweifelt, Angstzustände
- Drogenhunger (craving)
- symptomatische Psychosen (selten)
- neonatales Abstinenzsyndrom bei Neugeborenen opiatabhängiger Mütter

Schwere des Entzugs entsprechend der Schwere der Abhängigkeit und Konzentration des Mittels (Reinheitsgrad). Dauer 2 Wochen und länger, Maximum nach 1–2 Tagen

Provokation von Entzugssyndromen durch Morphinantagonisten (Daptazile, Lorfan, Nalorphin, Naloxon)

Komplikationen: Intoxikation (als psychogene Fehlreaktion, als Suizidversuch, als Überdosierung aus Unwissenheit), Spritzeninfektion mit Hepatitis-B oder HIV

Therapie:

- *akute Morphiumvergiftung* mit Bewußtlosigkeit und Atemdepression: keine Magenspülung, keine Flüssigkeit! Atemwege freihalten. Morphinantagonisten Naloxon (Narcanti®) i. v. 0,2 mg bis Wirkungseintritt. Bei Verwendung Beachtung möglicher Suchtpotenz! Ferner Gabe von Tierkohle und Natriumsulfat
- *im Entzug:* niedrigpotente Neuroleptika; Antidepressiva z. B. Doxepin (Aponal®); Clonidin (Paracepan®) 0,6–1,8 mg/die (internistische Überwachung!)
- *zur Entwöhnung:* möglichst drogenfreie Entwöhnung in Behandlungsketten mehrerer Einrichtungen im Verbund mit Psycho- und Soziotherapie; Langzeitbehandlung erforderlich. Für Konsumenten die noch nicht zur Entwöhnung bereit sind: Drogenkonsumräume unter hygienischen Bedingungen. – Methadon-Ersatzbehandlung von Entzugserscheinungen der Opiatabhängigen; zwar Gefahr der Suchtstabilisierung sowie der Weitergabe des Ersatzpräparates; aber: z. B. bei HIV-Infizierten Verringerung des Infektionsrisikos! Überbrückungsbehandlung! Entkriminalisierung! Zunehmend häufigere Anwendung! – Plasmahalbwertzeit von L-Methadon länger als Morphin

Cannabis, Marihuana (F 12)

Aktive Substanz: Tetrahydrocannabinol (THC). Haschisch kann wie z. B. Alkohol „Einstiegsdroge“ sein, aber nur in einem Teil der Fälle; wesentlich geringere Gefährlichkeit als Opioide; geringere Suchtpotenz! In Europa kulturfremd, in anderen Kulturen ähnliche Funktion wie hier Alkohol

Symptome/Wirkungen:

- gehobene Stimmung, euphorisch, albern, friedlich
- Wahrnehmungsstörungen (akustische und Farbwahrnehmungen intensiver etc., illusionäre Verkennungen)

- Veränderung der Realität, Gefühl der Irrealität, Denkstörungen, Verschiebung der Zeit-/Raumdimension

bei Intoxikation:
- paranoide Gedanken
- optische (Pseudo)Halluzinationen (Formen und Farben)
- vegetative Störungen (Schwindel, Tränenfluß, Schwitzen, Erbrechen, Übelkeit, Tachykardie, Pupillenerweiterung)
- Horrortrip mit Angst (sehr selten!)

Nachhallzustände (Echophänomene, flashback):
- nach Tagen bis Wochen Wiederkehr der Cannabiserlebnisse ohne erneute Einnahme

Haschischpsychosen (selten):
- andauernde Intoxikationswirkung über Tage und Wochen (bei Anhalten: Differentialdiagnose Schizophrenie)

Wesensänderung bei chronischer Einnahme:
- adynames Syndrom mit Apathie, Rückzug, evtl. Verwahrlosung

Therapie: Neuroleptika

Halluzinogene (Phantastika, Dysleptika) (F 16)

LSD (Lysergsäurediäthylamid), Psilocybin, Meskalin.

Wirkung ähnlich wie Haschisch, jedoch massivere Intoxikationspsychosen. Keine körperliche Abhängigkeit. LSD (Albert Hoffmann 1942) wurde auch für psychedelische Behandlung verwendet: Erzeugung von Modellpsychosen, die Seele offenlegend (dälos griech. = offenbar). Phencyclidin (Angel Dust, Crystal) sehr riskantes synthetisches Halluzinogen (Aggressionen, Selbstbeschädigung)

Symptome/Wirkungen:
- vegetative Symptome
- illusionäre Verkennungen, (Pseudo)Halluzinationen, vor allem Formen und Farben, Depersonalisation/Derealisation
- im Horrortrip (Angstreise): Angst, Panik, Erregung, produktive psychotische Symptome, Realitätsverlust; mögliche Selbst- oder Fremdgefährdung
- gelegentlich Nachhallpsychosen (Echopsychosen, Flashbacks)

Therapie:
- *im Horrortrip:* Diazepam, dämpfende Neuroleptika, ruhiges Gespräch
- *bei prolongiertem Verlauf von LSD-Psychosen:* Neuroleptika. Vor allem bei schizophreniformen Bildern und längerem Verlauf u. U. differentialdiagnostische Schwierigkeiten; gelegentlich späterer Übergang in Schizophrenie; bei Komplikationen (Krampfanfälle, Atemdepression) nach Phencyclidin: Physostigmin
- *bei Nachhallzuständen:* Schwerpunkt auf psychotherapeutischem Gespräch

Kokain (F 14)

Im Jargon: C, Koks, Crack, Charley, Schnee oder White stuff. Anbau des Kokastrauches in Südamerika. Indianer in den Anden kauen Kokablätter gegen Ermüdung;

Bereits um die Jahrhundertwende und gegenwärtig wieder Suchtmittel: Schnupfen (Nasenscheidewandulzera!), Injizieren, Rauchen des Kokainpulvers. Keine Toleranzsteigerung, fehlender körperlicher Entzug, nur psychische Abhängigkeit, prolongierter Entzug möglich mit Müdigkeit, Unruhe, Angst, Traurigkeit

Crack: mit Bikarbonat (Backpulver!) versetzte Substanz. Beim Inhalieren des Rauchs sofortiger „Kick“. Mögliche Folgen: Psychosen, schwere Kreislaufregulationsstörungen u. U. Todesfälle

Symptome/Wirkungen:
- maniforme Erregung, Rededrang, sexuelle Enthemmung, euphorische (oder ängstliche) Verstimmung (Kokainschwips)
- anschließend Apathie, Depression
- Sympathikusreaktion

Kokainpsychosen:
- Delir mit euphorisch/ängstlicher Verstimmung
- „Kokainwahnsinn“: fahrige Betriebsamkeit, Angst, (Verfolgungs-) Wahn und (taktile) Halluzinationen (z. B. „Würmer unter der Haut“)
- möglicher Ausgang: Wesensänderung (organisches Psychosyndrom); Impotenz; Dermatozoenwahn; sonstige chronische Psychosen

Therapie:
- *bei Intoxikation:* Diazepam, Neuroleptika
- *bei Blutdrucksteigerung:* Betablocker

Khat (F 19)

Ähnlich wie Kokain; in Ostafrika und Jemen als Stimulans verwendet; nur frische Blätter wirksam

Stimulanzien (Psychotonika) (F 15)

Weckamine, Amphetamine („speed"): Methamphetamin (Pervitin®), Methylphenidat (Ritalin®), Amfetaminil (AN 1®), Pemolin (Tradon®), Fenetyllin (Captagon®), Ephedrin (Ephedrin Knoll®)

Zunehmende Bedeutung in der Technoszene MDMA (3,4-Methylendioxymetamphetamin, Ecstasy). Weitverbreitet, insb. als Appetitzügler, z. T. rezeptfrei; in der Kinderpsychiatrie bei hyperkinetischem Syndrom. Ferner bei Narkolepsie

Symptome/Wirkungen:

- sympathikomimetische und zentralstimulierende Wirkung
- psychische, keine körperliche Abhängigkeit, rasche Gewöhnung, Dosissteigerung; wenig körperliche Entzugssymptome
- geringeres Schlafbedürfnis
- Antriebssteigerung, Anregung
- Enthemmung

im (prolongierten) Entzug:

- Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Verstimmung, Angst

Komplikationen:

- akute paranoid-halluzinatorische Psychosen: Angst, Verfolgungswahn, haptische Halluzinationen (Mikrohalluzinationen, ähnlich wie bei Kokainpsychosen)
- Schlafstörungen (REM-Deprivation): als Folge abends Hypnotika, morgens Stimulanzien
- bei Mißbrauch von MDMA z. B. in Discos Flüssigkeitsverlust, Kreislaufversagen (Todesfälle!)

Therapie: bei Psychosen hochpotente Neuroleptika, bei Schlafstörungen niedrigpotente Neuroleptika

Schnüffelstoffe (F 18.0)

Einatmung von Lösungs- und Reinigungsmitteln (Ether, Chloroform, Aceton, Pattexverdünner etc.), auch Holzleim.

Führt zu Intoxikationen mit Rauschzustand und Euphorie: u. U. Ataxie, verwaschene Sprache, Tremor, Bewußtseinsstörungen, Apathie, Aggressivität, Verwirrtheit.

Ebenso wie bei Halluzinogenen zwar Mißbrauch, aber keine Abhängigkeit – somit kein Entzugssyndrom. Bei chronischem Mißbrauch irreversible zerebrale Schäden.

Barbiturate (F 13)

Symptome/Wirkung:

- Intoxikations- und Entzugssyndrome ähnlich wie bei Alkoholabhängigkeit: Barbiturat-Alkoholtyp, Kreuztoleranz zwischen Alkohol, Barbituraten, Benzodiazepinen
- sedierend, euphorisierend, anästhetisch

Chronische Intoxikationen:

- körperliche Symptome: Abmagerung, Tremor, Dysarthrie, Ataxie, Nystagmus, fehlende Bauchhautreflexe
- psychische Symptome: Euphorie, Dysphorie, Verlangsamung, Abstumpfung, Wesensänderung, Gedächtnisstörungen
- Entzugserscheinungen (prolongiert: Wochen bis Monate): Unruhe, Tremor, Erbrechen, Delir, Halluzinosen, Anfälle

Therapie: meistens fraktionierter Entzug wegen Gefahr von Anfällen und Delir; u. U. auch abrupter Entzug unter antiepileptischer Medikation möglich; evtl. in der Klinik wenige Tage Gabe von Distraneurin® (erhöht Krampfschwelle!)

Tranquilizer (Benzodiazepine) (F 13)

Symptome/Wirkungen: anxiolytische, sedierende und euphorisierende Wirkung; während der Einnahme Störungen des Schlafrhythmus. Psychische, körperliche Abhängigkeit häufiger, als früher vermutet! Während längerfristiger Einnahme u. U. Dysphorie, Muskelschwäche, Mundtrockenheit, mnestische Störungen

Nicht in jedem Fall Dosissteigerung: Niedrig-Dosis-Abhängigkeit (Low-dose-dependency); Wirkungsverlust besonders bei Tranquilizern mit kurzer Halbwertzeit! Verschreibung als Schlafmittel nur kurze Zeit (längstens 3 Wochen! Iatrogene Abhängigkeit!).

Oft (psychologische) Schwierigkeiten beim Absetzen; bei Auftreten körperlicher Entzugserscheinungen u. U. fraktionierter Entzug!

Schlaflosigkeit als Rebound-Effekt.

Symptome im Entzug:

- Angstzustände, depressive Verstimmung, Suizidimpulse
- Zittern, motorische Unruhe
- Schlafstörungen
- selten Delir und Anfälle
- öfter prolongierte Entzüge über viele Wochen!

Therapie: *im Entzug:* Carbamazepin: ambulant fraktionierter, klinisch auch abrupter Entzug; u. U. Gabe von niedrigpotenten Neuroleptika

Analgetika (F 55.2)

Häufig Dosissteigerung wegen Wirkungslosigkeit der Analgetika bei längerem Gebrauch; Steigerung der Schmerzen unter Analgetikamißbrauch, z. B. Kopfschmerzen unter Phenacetin, Paracetamol oder Dihydroergotamintartrat, Auftreten von Nierenschäden, Anämie etc.

Symptome: *im Entzug:* Kopfschmerzen, Unruhe, Angstzustände, Depression

Therapie: u. U. Antidepressiva

Nikotinabhängigkeit (F 17.2)

Mißbrauch und Abhängigkeit von großer volkswirtschaftlicher Bedeutung; Folgeerkrankungen überwiegend somatisch. Entzugssyndrom: Angst, Reizbarkeit, Insomnie, Appetitsteigerung, Kopfschmerzen, Verlangen nach Tabak

Therapie: Entwöhnung mit Verhaltenstherapie; Kombination mit Nikotinpflaster (transdermale Nikotinsubstitution)

Fallbeispiele

Fallbeispiel 5.1

Der 52jährige Patient, Herr P., wurde vom Hausarzt ins Psychiatrische Krankenhaus eingewiesen, nachdem er während eines „Absetzversuches“ zunehmend delirant geworden war.

Herr P. war bei der Aufnahme zu Zeit und Raum nicht, zur Person mangelhaft orientiert. Es fielen deutliche Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen auf. Der Patient war hochgradig suggestibel und las von einem leeren Blatt Sätze ab. Er berichtete über optische Halluzinationen, so über weiße Hunde und Elefanten. Er wirkte deutlich schreckhaft. Es bestanden vegetative Entzugszeichen mit Tremor und Schweißigkeit.

Internistisch: Bei Aufnahme Blutdruck RR 180/90, Pulsfrequenz 120/min.

Neurologisch: Ataktischer Gang; Sensibilitätsstörungen und Schmerzen in den Beinen mit Ausfall der Beineigenreflexe im Sinne einer Polyneuropathie.

Laborbefunde: Erniedrigung des Kaliums auf 3,22 mmol/l (normal: 3,7–5,4); erhöhte Werte: GOT auf 44 U/l (normal: < 18), Gamma-GT auf 53 U/l (normal: < 24).

Zur Vorgeschichte erfuhren wir, daß Herr P. früher als Hilfsarbeiter im Baugewerbe tätig war; vor 1 Jahr wurde er frühberentet. Herr P. ist geschieden, lebt jetzt alleine, hat keinen Kontakt mehr zu seinen 3 erwachsenen Kindern.

Der Alkoholismus soll seit 15–20 Jahren bestehen. Mehrfach war Herr P. zu Entzugsbehandlungen in psychiatrischen Krankenhäusern, wo es zweimal zum Delir, begleitet von symptomatischen Krampfanfällen kam. Vor 4 Jahren nahm Herr P. an einer halbjährigen Entwöhnungsbehandlung teil, er wurde jedoch bald wieder rückfällig. In den Wochen vor der Aufnahme trank er täglich mehrere Liter Bier und bis zu ½ l Korn pro Tag, aß in letzter Zeit fast nicht mehr, „ernährte mich von Alkohol“. Unter hochdosierter oraler Distraneurin®-Behandlung klang das Delir bereits nach 1 Tag ab. Nach Abschluß des Entzuges erklärte sich Herr P. dazu bereit, an der von uns angebotenen stationären Motivationsgruppe teilzunehmen.

→ ***Delir bei chronischem Alkoholismus (F 10.40)***

Fallbeispiel 5.2

Der 25jährige ledige Kellner wurde in die Psychiatrische Klinik mit einem Alkoholdelir eingewiesen. Er hatte am frühen Morgen zu Hause 2 große Anfälle erlitten, so daß er von den Angehörigen gebracht wurde. Bei der Aufnahmeuntersuchung war er wach, verlangsamt, desorientiert; er halluzinierte und nestelte. Fingertremor und Schweißigkeit, Zungenbißwunde, mehrere Hämatome an Rücken und Extremitäten. RR 165/60, Systolikum über allen Ostien. Leber handbreit vergrößert, derb, druckschmerzhaft. Mehrere markstückgroße Ulzera am linken Unterschenkel. Labor: Erhöhung der Transaminasen, Gamma-GT 299 U/l.

Wegen Adams-Stokes-Anfällen wurde der Patient auf die Intensivstation verlegt; AV-Block III. Grades; einige Tage später erfolgte die Implantation eines Herzschrittmachers, der wegen eines angeborenen Septumdefektes seit langer Zeit geplant war.

Auch nach der Schrittmacherimplantation war der Patient nicht bereit, eine längerdauernde Entwöhnungsbehandlung mitzumachen, sondern ließ sich vorzeitig entlassen. Er begann wieder, Alkohol zu trinken, und wurde noch einmal kurzfristig in die Psychiatrische Klinik aufgenommen. Trotz der immer wieder auftretenden symptomatischen Krampfanfälle war Herr R. nicht in der Lage, sein Leben umzustellen, und nicht motiviert, an einer Behandlung mitzuwirken, sondern verhielt sich bezüglich seiner schwierigen Situation uneinsichtig.

→ ***Delir bei chronischem Alkoholismus mit Krampfanfällen (F 10.41)***

Fallbeispiel 5.3

Der 57jährige Patient, Herr L., hatte von sich aus in den frühen Morgenstunden die Polizei benachrichtigt mit der Bitte, ihn ins Krankenhaus zu bringen. Die Nacht vor der Aufnahme hatte Herr L. in großer Angst zu Hause verbracht, da er sich von Nachbarn sowie auch besonders von seiner Cousine bedroht fühlte; man könne ihn über Funkverbindungen ausmachen und Zwiegespräche über ihn führen. Die Stimmen bezeichnen ihn als Mörder, Zuhälter und Säufer. Zeitweise habe er auch die Stimme seiner Cousine gehört, die in Kanada wohne; sie habe ihm über drahtlosen Sprechverkehr Vorwürfe gemacht, daß er schon wieder schlafe. In dieser Nacht habe er sie in seine Wohnung, seinen Keller und Garten eindringen sehen und ihre Stimme gehört, was den akuten Anlaß zu seiner Angst darstellte.

Der seit 9 Jahren geschiedene Patient ist von Beruf Elektrotechniker und wurde vor 6 Jahren nach einem Herzinfarkt berentet. Er lebt allein in seinem Haus und versorgt sich selbst. Zu seinen 4 Söhnen besteht so gut wie kein Kontakt.

Der Alkoholismus besteht seit der Militärzeit während des Zweiten Weltkrieges bei der Marine. Stationäre psychiatrische Behandlungen wurden vor 3 Jahren 5 Monate lang, vor 1 Jahr mehr als 2 Monate lang durchgeführt. Nur kurzzeitig blieb Herr L. anschließend trocken.

Die Alkoholhalluzinose besteht seit 3 Monaten. Sie war einer ambulanten nervenärztlichen Behandlung nicht zugänglich, da er immer wieder trank und die Medikamente nur unregelmäßig einnahm.

In den letzten Monaten vor der Aufnahme habe er immer mehr Gewißheit über die Herkunft der Stimmen erlangt, die ihn im Tagesverlauf verfolgen, bedrohen und nach seinem Leben trachten. Er sei sich sicher, daß sie ihren Ursprung in Kanada hätten. Zusätzlich habe er eine Überwachung durch Strahlen gespürt. Alles habe bei ihm solche Angst ausgelöst, daß er vermehrt, in den letzten Wochen bis zu $^1/_2$ Flasche Schnaps pro Tag, getrunken habe.

Bei der Aufnahme war der freundliche, zugewandte und lebhafte Patient voll orientiert. Veränderungen der Bewußtseinslage und formale Denkstörungen waren nicht zu beobachten. Während des stationären Aufenthaltes berichtete er anfänglich über akustische Halluzinationen im Bereich der Station, während der Untersuchung richtete er sich einmal entschieden an seine Stimmen: „Ruhe, ich spreche jetzt mit dem Doktor!“

Während des stationären Aufenthaltes wurde Herr B. mit Haldol® behandelt. Bei 2maliger Übernachtung zu Hause traten die Halluzinationen zwar nicht auf, er konnte sich jedoch trotz der Besserung zunächst noch nicht von seinem Wahn distanzieren, denn er meinte, seine Verfolger hätten nur eine Funkpause eingelegt. Den Zusammenhang zwischen seinem jahrelangen Trinken und den akustischen Halluzinationen begann er erst zum Entlassungszeitpunkt langsam zu realisieren. Entlassungsempfehlung: Neuroleptische Weiterbehandlung und Alkoholabstinenz.

Alkoholhalluzinose (F 10.52)

Fallbeispiel 5.4

Die 42jährige Patientin, Frau H., wird von ihrem Verlobten wegen Angst- und Unruhezuständen in die stationäre Behandlung gebracht.

Sie berichtet, daß sie sich von allen Seiten beobachtet fühle, zu niemandem mehr Vertrauen habe, drohende Stimmen höre, daß sie und ihre Kinder umgebracht werden sollten. Die ganze Familie könnte an einem Komplott gegen sie beteiligt sein. Alles sei „so komisch“ geworden, alle Menschen seien „hinter ihr her“.

Sie habe Angst um ihr Leben und müsse wohl bald sterben. Es verwirre sie, daß die Stimmen ihr sagten, sie sei Erbin des großen Industriewerkes, in dem sie arbeite. Das alles sei ihr unheimlich.

Bei der Untersuchung ist Frau H. bewußtseinsklar, voll orientiert, dabei erregt, ängstlich, spricht ununterbrochen über ihre Befürchtungen, verfolgt und umgebracht zu werden. Sie berichtet über akustische Halluzinationen, Wahnideen, Wahnwahrnehmungen und körperliche Beeinflussungsstörungen.

Frau H. hat 1 Sohn von 17 Jahren und 1 Tochter von 16 Jahren und ist geschieden. Gegenwärtig ist Frau H. verlobt; diese Partnerschaft bringe viele Probleme mit sich, denn ihr Partner trinke gelegentlich größere Mengen Alkohol und zeige dann ein sehr temperamentvoll-aggressives und uneinsichtiges Verhalten.

Zur unmittelbaren Vorgeschichte erfahren wir von Frau H., daß sie, (wie so viele andere ihrer Kolleginnen, die von wachmachender Wirkung berichten) um leistungsfähiger zu sein, gerade auch bei ihrer großen Belastung zu Hause, seit 3 Monaten täglich 6–8 Tabletten Recatol® (Appetitzügler mit stimulierender Wirkung) genommen habe. Diese Menge habe sie allmählich noch gesteigert.

Unter Behandlung mit Haldol® kam es in der Klinik rasch zu einem Rückgang der Symptomatik. Nach wenigen Tagen konnte Frau H. in gutem Zustand entlassen werden.

Symptomatische Psychose nach Appetitzüglerabusus (F 15.50)

Fallbeispiel 5.5

Der 25jährige ledige Patient, Herr Z., war bereits mehrfach stationär in unserer Klinik aufgenommen, jetzt kam er von sich aus auf die Station, ohne jedoch seinen Aufnahmewunsch begründen zu können.

Herr Z. ist Sinti. Besuch der Sonderschule, keine Lehre, statt dessen habe er verschiedene Jobs gemacht, nie längere Berufstätigkeit. Die Mutter ist Hausfrau; Herr Z. hat 3 Brüder. Er habe bis vor einem Jahr bei seiner Mutter gewohnt, damals sei sie mit ihrem zweiten Mann, dem Stiefvater, aus der Stadt in einen Vorort umgezogen und habe ihn nicht mitnehmen wollen; seither habe er versucht, alleine zu leben, fühle sich aber nicht wohl.

Bei Herrn Z. besteht seit dem 15. Lebensjahr ein polyvalenter Abusus. Einnahme von Haschisch, LSD und Opiaten, hinzu kommt ein beträchtlicher Alkoholabusus. Unter Drogeneinnahme auch Selbstverstümmelung. Seit 7 Jahren immer wieder längere und kürzere Aufenthalte im psychiatrischen Krankenhaus wegen paranoid-halluzinatorischer Syndrome. Seit einigen Jahren wurde die Diagnose einer Schizophrenie gestellt. Nur gelegentlich akzeptierte Herr Z. Medikamente der Nervenärzte. Drogen nahm er, soweit er sie bekommen konnte. – Ein Versuch, in einer therapeutischen Wohngemeinschaft zu leben, scheiterte an den Anpassungsschwierigkeiten des Patienten, dessen Verhalten zunehmend bizarr und für die Umwelt immer belastender wurde.

Nachdem das Gesundheitsamt eine Zwangseinweisung verweigert hatte, stellte die Mutter 3 Monate vor der jetzigen Aufnahme in unsere Klinik den Antrag auf Betreuung.

Bei der jetzigen Aufnahme reagierte er zunächst nicht auf Ansprache, äußerte gelegentlich Satzfetzen, die aber unverständlich blieben. Er lief in einer bunten Karnevalsuniformjacke hin und her, prüfte mit ritualisiert wirkenden Handbewegungen zahlreiche Gegenstände, murmelte etwas vor sich hin und lehnte jegliche körperliche Untersuchung ab.

Nur sehr langsam konnte Herr Z. aus seiner Phantasiewelt heraustreten. Ein erstes Gespräch war schließlich nach 10 Tagen möglich. Er konnte dann Gedanken über seine Krankheit formulieren. So leide er unter dem Gefühl, keine „Milch zu haben", etwas versäumt zu haben beim Tod verschiedener Angehöriger, von denen er jetzt negativ beeinflußt werde. Zu diesen Personen müsse er Kontakt aufnehmen. Er kämpfe damit, nichts Böses zu tun. So mußte er viele Rituale entwickeln, beispielsweise „pusten" oder Reinigungsgesten ausführen. Oft meint er, er müsse gewisse Körperteile abtrennen oder einschneiden, dann werde das alles aufhören. Über den Inhalt seiner Stimmen wollte er nicht sprechen, er berichtete aber, daß er verstorbene Verwandte gesehen habe, für ihn eine Aufforderung, sich zu überlegen, auf welche Weise er wieder etwas richtigstellen könne.

Unter Behandlung mit Haldol® und Atosil® besserte sich die starke Denkzerfahrenheit im Verlauf von etwa 2 Monaten. Langsam nahm er Kontakt zu den Mitpatienten auf. Leider blieb Herr Z. recht sprunghaft in seinen Plänen, so daß die Erarbeitung von Zukunftsperspektiven nicht durchführbar war.

Nach einigen Wochen entwich der Patient aus stationärer Behandlung, kehrte einige Tage später wieder zurück, um dann allerdings wiederum nach einigen Tagen nicht mehr vom Stadtausgang zurückzukommen.

Polyvalente Drogenabhängigkeit (F 19.24)
Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (F 20.0)

Fallbeispiel 5.6

Der 22jährige Patient, Herr R., wurde in alkoholisiertem Zustand nach Schnitten am linken Handgelenk stationär aufgenommen. Er war von sich aus zur Polizei gegangen und hatte sich in die Chirurgische Ambulanz bringen lassen. Die suizidale Handlung war durch den Verlust von 600,– DM beim Spielen ausgelöst worden.

Herr R. stammt aus Berlin. Seine Eltern ließen sich scheiden, als er 7 Jahre alt war. Er ist der 2. von 3 Brüdern. Wie seine Brüder ist er größtenteils, vom 6.–8. Lebensjahr im Heim aufgewachsen. Ohne Hauptschulabschluß begann er eine Malerlehre, die er nach kurzer Zeit abbrach. Danach besuchte er eine Abendschule bis zum Hauptschulabschluß. Er hat nur gelegentlich in unterschiedlichen Jobs gearbeitet. Im letzten $^1/_2$ Jahr war er in einem Kaufhaus als Aushilfsarbeiter tätig. Herr R. hat gegenwärtig keine feste Partnerin, bereits mit 15 Jahren wurde er nach einer flüchtigen Bekanntschaft Vater.

Seit dem 9. Lebensjahr Nikotinabusus, seit dem 12. Lebensjahr Alkoholabusus, vom 15.–17. Lebensjahr trocken. Damals habe er auch häufig Haschisch geraucht. Einmal habe er auch Heroin gespritzt. Seit 2 Jahren nehme er keine Drogen mehr. Gelegentlich nehme er Demetrin® zur Beruhigung. Raucht 1–2 Schachteln Zigaretten pro Tag. Trinkt täglich 2–3 Gläser Bier, es komme aber immer wieder auch zu Alkoholexzessen. – Seit der Bundeswehrzeit vor 2 Jahren habe er oft an Automaten gespielt, nach großen Verlusten auch schon manchmal Selbstmordgedanken gehabt.

Bei der Aufnahme war der Patient deutlich alkoholisiert, er war wach und voll orientiert; wechselndes Kontaktverhalten, zeitweilig ablehnend, zeitweilig depressiv verstimmt und suizidal.

Er erschien affektiv inadäquat, fühlte sich besonders dadurch belastet, daß er seiner Mutter immer wieder Geld entwendet hatte, das er für das Spiel mit den Automaten verbrauchte.

Wenn er spiele, könne er nicht mehr aufhören, immer wieder sei er von der Hoffnung gebannt, mehr zu gewinnen, doch noch Glück zu haben. Er spreche geradezu innerlich mit dem jeweiligen Automaten, schüttele ihn, kose ihn und strafe ihn. Vielleicht habe der Automat doch etwas mit Ersatz für eine Freundin zu tun; er habe seit einem Jahr keine feste Freundin mehr.

Während des stationären Aufenthaltes nahm Herr R. an einer Motivationsgruppe für Abhängige teil. Bereits von der Klinik aus besuchte er Treffen der Anonymen Spieler, die er auch weiterhin aufzusuchen gedenkt.

Polyvalenter Mißbrauch und Spielsucht (F 19.24; F 63.0)

6 Schizophrene Psychosen

6.1 Allgemeiner Teil

6.1.1 Definition

Schizophrenien sind psychische Erkrankungen aus der Gruppe der sogenannten endogenen Psychosen; sie sind durch psychopathologisch beschreibbare Auffälligkeiten des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität gekennzeichnet und können in unterschiedlichen syndromatischen Erscheinungsformen auftreten. Schizophrene Psychosen betreffen die gesamte Persönlichkeit. Ursache und Entstehung sind bisher ungeklärt; wahrscheinlich wirken zahlreiche genetische und nicht genetische Faktoren zusammen

6.1.2 Historisches

Bereits im Altertum Beschreibung dessen, was heute „Schizophrenie" genannt wird; im 19. Jahrhundert „Démence précoce" (Benedict Augustine Morel 1856); „Katatonie" (Kahlbaum 1868); „Hebephrenie" (Hecker 1870); klassische Bescheibung durch Kraepelin mit Gegenüberstellung von „Dementia praecox" und „manisch-depressivem Irresein" (Emil Kraepelin 1896); Einführung des Begriffs „Schizophrenie" (Spaltungsirresein) mit Denk-, Affekt- und Ich-Störungen, Autismus und Ambivalenz als Grundsymptomen (Eugen Bleuler 1911); nach 1945 durch Kurt Schneider wesentliche Beiträge zur Psychopathologie und besonders zum Wahn (Symptome 1. und 2. Ranges)

6.2 Epidemiologie

- Jahresinzidenz 0,03–0,06 % der Bevölkerung; Punktprävalenz 0,3–0,5 %, Lebenszeitrisiko 1–(2) % der Bevölkerung
- häufigstes Auftreten zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr, Häufigkeitsgipfel bei Männern: 15.–24. Lebensjahr, bei Frauen: 25.–34. Lebensjahr (Auftreten im Kindesalter bei ca. 2 % der Fälle, Auftreten nach dem 40. Lebensjahr bei ca. 20 % der Fälle als sog. „Spätschizophrenie")
- Frauen etwas häufiger betroffen als Männer; sie erkranken durchschnittlich später als Männer (östrogene als protektiver Faktor diskutiert)
- Häufigkeit schizophrener Psychosen in den Familien von schizophren Erkrankten: Eltern 5–10 %, Geschwister 8–15 %, Kinder 10–15 % (bei schizophrenem Partner 50 %), Enkel 2–5 % (bei Verwandten 1. Grades ca. 10 % Belastung, dagegen Allgemeinbevölkerung: ca. 1 %!)
- Transkulturell: vergleichbare Häufigkeit in allen Teilen der Welt

6.3 Ätiologie

Zusammenwirken mehrerer ursächlicher Faktoren (Polyätiologischer Ansatz). Unterscheidung zwischen Verursachung und Anlaß bzw. Auslösung der Erkrankung! Erhöhte Vulnerabilität für die Erkrankung u. U. auch durch unspezifische z. B. entwicklungspsychologische/familiendynamische Faktoren!

Biologische Faktoren

- ***Erbliche Komponente:*** genetische Disposition, Polygenie und schwache Penetranz wahrscheinlich. Zwillingsstudien: Konkordanz zweieiig 10–15 %, eineiig 40–75 %; Erkrankungsrisiko von Kindern für Schizophrenie diskordanter eineiiger Zwillinge gleichermaßen erhöht. Adoptionsstudien: Erkrankungsrisiko wegadoptierter Kinder schizophrener Mütter ähnlich hoch wie bei nichtadoptierten. Hinweise auf Kopplung an DNA-Marker auf Chromosomen 1, 5, 6, 8, 13, 18, 22
- ***Morphologische Befunde:*** CCT/MRT: Atrophien frontal, frontotemporal und im limbischen System, erweiterte Seitenventrikel und dritter Ventrikel. Post-mortem-Studien: verminderte Dichte und abnorme Anordnung von Neuronen in Kortex und limbischen System: Hinweis auf Migrationsstörung in der Ontogenese
  Funktionelle Morphologie: Hypofrontalität im PET assoziiert mit Chronizität und Defizitsymptomen der Erkrankung; verminderte Aktivierungen bei neuropsychologischen Aufgaben im funktionellen MRT
- ***Sensomotorische Befunde:*** Störungen der Feinmotorik häufig: sogenannte „neurological soft signs", „clumsiness der Körperbewegungen", bei etwa 50 % der Schizophrenen und Angehörigen ersten Grades. Sak-

kadierung der langsamen Augenfolgebewegungen (phänotypischer Schizophreniemarker?)

- ***Biochemische Befunde:*** Komplexe Dysbalance mehrerer Transmittersysteme; Befunde und Zusammenhänge umstritten. Dopaminerge Überaktivität, serotoninerge Überaktivität, Verminderung der glutamatergen Transmission

Psychogene Faktoren

- ***Ich-Entwicklungsdefizit:*** Ich-Schwäche, Trennungs- und Individuationsprobleme in den ersten Lebensjahren, Persistieren der Mutter-Kind-Symbiose, „broken home"
- ***Gestörte familiäre Kommunikation:*** Entwertung und häufige Kritik, untergründige Feinseligkeit, Kombination mit entmündigender Überprotektion („expressed emotion"); Diskordanz zwischen geäußerter Mitteilung und gegenseitiger verdeckter Botschaft („double bind"). Rollendiffusion, z. B. Kind als Ersatzpartner

Sonstige Faktoren

- ***Jahreszeitliche Schwankungen:*** auf der Nordhalbkugel sind mehr Kranke in den Wintermonaten (Januar – März) geboren, auf der Südhalbkugel mehr in den Sommermonaten (Juli – September): Hinweis auf mögliche ätiologische Bedeutung mütterlicher Infektionen
- ***Einfluß der Sozialschicht:*** eher gering, Drifttheorie vs. soziale Kausalitätshypothese: krankheitsbedingter sozialer Abstieg vs. schicht- bzw. milieubedingte Krankheitsentstehung, jedoch möglicher Einfluß von Mangelernährung

Prämorbide Persönlichkeit

Zum Beispiel asthenisch-schizoider Typus mit Distanz, Reserviertheit, geringem emotionalen Kontakt, hoher Empfindlichkeit und Schwierigkeiten im Umgang mit Emotionen

Auslösend sind oft belastende und entlastende (!) Lebensereignisse („life events") verschiedener Art: Todesfälle, Verlust- und Trennungssituationen, sexuelle Begegnungen, Prüfungen etc.

6.4 Symptome (Einteilung nach Eugen Bleuler 1911[1])

Grundsymptome der Schizophrenie sind grundlegend und charakteristisch für Erleben und Verlauf der Erkrankung, im Vergleich zu ***akzessorischen Symptomen,*** die passager und komplizierend auftreten. Die Beschreibung der Grundsymptome dient der Charakterisierung des wesentlich psychologisch Veränderten beim schizophren Erkrankten.

Grundsymptome

- ***Formale Denkstörungen:*** Störung der Assoziationen, Zerfahrenheit (scheinbar zusammenhangloses, alogisches Denken), Begriffszerfall, Kontamination, Begriffsverschiebung, (Konkretismus, Symbolismus), Sperrung des Denkens oder Gedankenabreißen
- ***Störungen der Affektivität:*** inadäquate Affektivität (Parathymie: inadäquater Affekt in bezug auf den Gedankeninhalt; Affekt bzw. Erleben entsprechen nicht dem Affektausdruck), Ambivalenz (beziehungsloses Nebeneinanderbestehen, unvereinbare Erlebnisqualitäten, Entscheidungsunfähigkeit), Instabilität der Stimmungslage, mangelnder Kontakt, affektive Steifigkeit, Verlust der emotionalen Schwingungsfähigkeit, Ratlosigkeit, erlebte Gefühlsverarmung, depressive Verstimmungen, aber auch ekstatische Stimmung mit Glücksgefühl und Entrücktheit
- ***Ich-Störungen:*** Desintegration von Denken, Fühlen, Wollen, Handeln. Autismus (Rückzug aus der Wirklichkeit, überwiegendes Binnenleben; auch sekundär nach negativen Umwelterfahrungen), Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation, Derealisation – eher unspezifisch!), Verlust der Meinhaftigkeit, häufig verbunden mit dem Erleben des von außen Gemachten und der Beeinflußung von Fühlen, Wollen und Denken

Merke: 4 große A's: Assoziationen, Affekte, Ambivalenz, Autismus

Akzessorische Symptome

- ***Wahn*** (Verfolgung, Beeinträchtigung, Kontrolle, Vergiftung, aber auch Berufung und Größe)
- ***Halluzinationen*** (Stimmen)
- ***katatone Symptome*** (Störungen der Motorik und des Antriebs: Stupor, Mutismus, Katalepsie, psychomotorische Unruhe und katatone Erregungszustände, Haltungs- und Bewegungsstereotypien, Negativismus und Befehlsautomatie)

---

[1] Bleuler E (1911) Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G (Hrsg) Handbuch der Psychiatrie. Deuticke, Leipzig

Abnorme Erlebnisweisen	Symptome 1. Ranges	Symptome 2. Ranges
Akustische Halluzinationen	Dialogische Stimmen, kommentierende Stimmen (imperative Stimmen), Gedankenlautwerden	Sonstige akustische Halluzinationen
Leibhalluzinationen	Leibliche Beeinflussungserlebnisse	Koenästhesien im engeren Sinne
Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten	–	Optische, olfaktorische, gustatorische Halluzinationen
Schizophrene Ich-Störungen	Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung	–
Wahn	Wahnwahrnehmung	Einfache Eigenbeziehung, Wahneinfall

Tabelle 6.1. Symptome 1. und 2. Ranges nach Kurt Schneider

Nach **Kurt Schneider** (1967)[2] liegt bei Vorhandensein von *Symptomen 1. Ranges* und nach Ausschluß einer körperlichen Grundkrankheit eine Schizophrenie vor. Ein gehäuftes Auftreten von *Symptomen 2. Ranges* erlaubt ebenfalls diese Diagnose (s. Tabelle 6.1). Symptome 1. Ranges sind insbesondere für die *Diagnosestellung* bedeutsam, jedoch nicht obligat.

Bei akuten schizophrenen Psychosen u. U. vegetative Symptome wie vermehrte Schweißsekretion, Veränderung der Pulsfrequenz und Störungen der Schlaf-Wach-Regulation, besonders im Sinne des raschen Wechsels von Über- zu Unterfunktion und umgekehrt.

Das Ausdrucksverhalten kann insbesondere bei akuten Psychosen erheblich variieren. Es kann durch heftige psychomotorische Erregung mit

[2] Schneider K (1967) Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart

ausgeprägtem Symptatikotonus, Schlafstörungen und Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation gekennzeichnet sein. Andere Patienten sind still, ausdrucksarm und unnahbar. Ein ausgesprochen verschroben wirkendes Verhalten mit egozentrisch gespreizter Darstellungsform kommt ebenfalls vor.

6.5 Diagnose

Nach Ausschluß von körperlich begründbaren psychischen Störungen wird die Diagnose aufgrund der Symptome und des Verlaufs gestellt. Bisher keine eindeutigen biologischen Marker, keine spezifischen psychologischen Tests!

In Weiterführung der Diagnostik nach Schneider fordert die ICD 10 für die Diagnose Schizophrenie (F 20) von der folgenden Liste mindestens ein eindeutiges Symptom der Symptomgruppen 1–4 oder mindestens zwei Symptome der Symptomgruppen 5–8. Diese Symptome müssen mindestens einen Monat bestanden haben.

1. Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug, -ausbreitung
2. Kontroll- und Beeinflussungswahn; Gefühl des Gemachten; Wahnwahrnehmungen
3. Dialogische oder kommentierende Stimmen; Stimmen aus einem Körperteil
4. Bizarrer, völlig „unrealistischer Wahn" (Divide: Wahn der möglich sein „könnte" wie Verfolgung, Verarmung etc. von „Unmöglichem" wie nächtliche Implantation eines Senders in die Gebärmutter)
5. Sonstige anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität begleitet von Wahn oder überwertigen Ideen
6. Gedankenabreißen, Zerfahrenheit, Danebenreden, Neologismen
7. Katatone Symptome
8. „Negative" Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte gefolgt von sozialem Rückzug

6.6 Unterformen schizophrener Psychosen

Keine strenge Trennung der einzelnen Syndrome: vielfache Übergänge und Auftreten mehrerer Unterformen im Krankheitsverlauf der Betroffenen möglich. Uncharakteristische akute Syndrome werden in der ICD 10 als „undifferenzierte Schizophrenie" bezeichnet.

Hebephrenie (F 20.1)

Allgemein: Typisch ist Beginn in der Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter mit Leistungsknick. Oft in den Vorstadien in inadäquater Weise Beschäftigung mit Bereichen wie Religion, Philosophie, Esoterik, Parapsychologie

Symptome:
- *affektive Störungen:* läppische Gestimmtheit, Affektindolenz, Grimmassieren, Faxen, Manierismen
- *Kontaktstörungen:* Rückzug, Beziehungslosigkeit, auch Enthemmung
- *Denkstörung:* abschweifend, zerfahren, konfus: häufig Wahnvorstellungen

Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (F 20.0)

Allgemein: Beginn eher später, Erkrankungsgipfel im 4. Lebensjahrzehnt; Persönlichkeit bleibt bei spätem Beginn überwiegend intakt; häufigste Form der Schizophrenie, oft schizoide, sensitive Persönlichkeiten

Symptome:
- Wahnwahrnehmungen
- Beziehungswahn, Verfolgungswahn, Abstammungswahn, Koenästhetischer Wahn, (seltener Sendungs- oder Größenwahn), manchmal systematisierter Wahn
- akustische Halluzinationen in Form von bedrohenden und imperativen Stimmen (gelegentlich einmal Ausführung von akustisch halluzinierten Befehlen), auch Akoasmen
- Sonstige Halluzinationen: Geruchs-, Geschmacks-, sexuelle oder andere Körperhalluzinationen; seltener optische Halluzinationen
- *Ich-Störungen* (Gefühl des Gemachten)

Bei abklingendem Schub allmähliche Distanzierung von den Wahninhalten, häufig erhebliche Ambivalenz gegenüber dem Wahn

Katatone Formen (F 20.2)

Allgemein: Beginn häufiger im jüngeren Erwachsenenalter; oft plötzliche Manifestation der Erkrankung; prognostisch eher günstig

Erscheinungsbilder/Symptome:
- *Katatoner Stupor:* Erstarren mit Katalepsie (Haltungsverharren), Haltungsstereotypien, Mutismus. *Untersuchung:* Feststellung der wächsernen Biegsamkeit (Flexibilitas cerea) und der kataleptischen Starre bei Hochheben einer Extremität oder auch des Kopfes („oreiller psychique" – psychisches Kissen) mit anschließender Beibehaltung dieser Stellung
- *Katatone Erregung:* Toben, Schreien, Bewegungssturm mit starker motorischer Aktivität, Aggressivität, Selbst- und Fremdgefährdung
- *Unspezifische Form:* Auftreten von Manierismen, Bewegungsstereotypien und Echopraxie (spiegelbildhafte Wiederholungen von Handlungen des Gegenübers und Echolalie (lalein gr. sprechen); Sprachstereotypien; aktiver und passiver Negativismus (Patient tut bei Aufforderungen das Gegenteil vom Verlangten oder tut nichts)
- *Febrile (perniziöse) Katatonie* (seltene, lebensbedrohliche Sonderform): neben der katatonen Symptomatik mit Erregung oder öfter Stupor hohes Fieber, Kreislaufstörungen und Exsikkose; bei erfolgloser Behandlung mit Neuroleptikainfusion Indikation für Elektrokrampftherapie! Flüssigkeitszufuhr!

Deutung des *katatonen Stupors* als Erstarren, Angst, Schrecken und Ratlosigkeit etwa infolge halluzinatorischer bzw. wahnhafter Erlebnisse; die motorische Aktivität bei der *katatonen Erregung* als Möglichkeit, sich selbst zu spüren

Dauer: Stunden bis Wochen, unbehandelt auch Monate bis Jahre. Der Katatone nimmt wahr und hat oft keine Amnesie!

Unter Umständen schwierige Differentialdiagnose gegenüber Enzephalitis (Lumbalpunktion!) oder malignem neuroleptischen Syndrom (s. S. 220 f.)

Schizophrenia simplex (F 20.6)

Allgemein/Symptome: ohne auffällige produktive Symptome. Vorwiegend Antriebsdefizit, Initiativeverlust, Mangel an Aktivität und an Vitalität. Knick in der Lebensentwicklung, öfter Übergang in Residualzustände, ungünstiger Verlauf. Selten zu stellende Diagnose!

Koenästhetische Form (Huber 1957) (F 20.8)

Im Vordergrund stehen vielfältige Koenästhesien (abstruse Leibgefühlsstörungen z. B. Nichtvorhandensein von Organen, motorische Bannungszustände, Gefühl der Organschrumpfung, Levitation usw.) und

Körperhalluzinationen (z.B. Gefühl, innerlich zu verbrennen, Spüren einzelner Blutgefäße im Gehirn, Verfaulen der Leber, Elektrisiertwerden am Genitale etc.) mit dem Kriterium des von außen Gemachten (durch Menschen, fremde Mächte etc.)

Schizophrenes Residuum (F 20.5)

Chronisches Stadium nach früherer akuter schizophrener Episode, charakterisiert durch negative Symptome wie verminderte Aktivität, Affektverflachung, Antriebslosigkeit, Kommunikationsmangel, sozialen Rückzug und mangelnde Körperpflege; subjektiv Basisstörungen (nach Huber) wie erlebte Denkstörungen, Ordnungsverlust, Einfallsverarmung, Verständnisbeeinträchtigung und Blockierungen

Faktorenanalytisch Untersuchungen der im akuten Querschnitt wie im Verlauf auftretenden Symptome haben meist zu drei distinkten Symptomgruppen geführt.

- ***Positivsymptomatik:*** produktive Symptomatik mit Wahn und Halluzinationen
- ***Negativsymptomatik:*** affektiver Rückzug, Ausdrucksverarmung, Antriebsarmut
- ***desorganisierter Symptomgruppe:*** formale Denkstörungen, Inkongruenz von Denken und Handeln

Hinweise auf viertes, ***affektives Syndrom*** (mit depressiver oder maniformer Symptomatik) liegen vor. Die Syndrome geben Dimensionen an, die während des Krankheitsverlaufes unterschiedlich ausgeprägt sein können, jedoch im Verlauf oft Prädelektion eines Syndroms bei einem Patienten

6.7 Verlauf schizophrener Psychosen

Beginn: *akut oder schleichend;* bei schleichendem Beginn im Vorfeld der manifesten Psychose bestimmte Prodromi wie Wahnstimmung, Gefühl des Nichtfaßbaren, Unheimlichen, Vermutung diffuser Veränderungen der Außenwelt, Schlafstörungen. In uncharakteristischen präpsychotischen Basisstadien finden sich Konzentrationsstörungen, vages Denken, Antriebsminderung, Verstimmungen und Leistungsinsuffizienz

STADIEN DER BEGINNENDEN SCHIZOPHRENIE NACH CONRAD (1958)

1. **Trema** („Lampenfieber"): mit Überanspannung, Unruhe, Angst, Mißtrauen, unbestimmtem Schuld- und Versündigungsgefühl, gehobener Stimmung oder gehemmt-mutloser Verstimmung
2. **Apophänie** (Offenbarung): im *Außen*raum abnormes Bedeutungsbewußtsein, Wahnwahrnehmungen, Bekanntheits- und Entfremdungserlebnisse, Verlust des Überstiegs von der Wahnwelt in die Realität; im *Innen*raum Gedankenlautwerden, Gedankenausbreitung, Erleben von wahnhaften Körpersensationen, Ich-Erleben im Mittelpunkt der Welt
3. **Apokalyptik** (Weltuntergang): mit Lockerung der Wahrnehmungszusammenhänge, Überflutung durch fremde Wesenseigenschaften, Gestaltzerfall von Sprache und Denken, Wahnchaos und Halluzinationen
4. **Terminales Stadium:** mit katatoner Symptomatik
5. **Konsolidierung,** ggf. gefolgt von einem *Residualzustand* mit Reduktion des energetischen Potentials und Verlust der Spannkraft; Wiedererlangung des Überstiegs in die Realität, Selbstwertsteigerung, Gewinn an innerer Freiheit und schließlich Möglichkeit sozialer Anpassung, u.U. Weiterbestehen eines Residualwahns

Die genannten Stadien können sämtlich durchlaufen werden, viele Manifestationen sind aber auf eines oder wenige Stadien beschränkt, die mit den Unterformen in Beziehung gesetzt werden können

Conrad K (1992) Die beginnende Schizophrenie, 6. Aufl. Thieme, Stuttgart

Verlauf: kontinuierlich oder episodisch (schub- oder wellenförmig)

Kraepelins klassische Beschreibung eines stets sehr ungünstigen chronischen Verlaufs (Dementia praecox) beschränkt sich nach aktueller Auffassung auf einen geringen Teil der schizophren Erkrankten

Ausgang: vollständige Remission nach einmaliger Erkrankung, episodisch vollständig remittierend, aber auch stabiler oder sogar zunehmender defizienter Restzustand (Residuum).

Residualzustände weisen eine hohe Variabilität auf: neben uncharakteristischen, überwiegend durch Leistungsinsuffizienz und geminderte Belastbarkeit charakterisierten Residualzuständen kommen Residualzustände mit deutlicher Negativsymptomatik vor (Minderung von Interesse, Initiative und affektiver Resonanz). Schizophreniecharakteristisch können einzelne psychotische Erlebnisweisen in milder Form vorkommen. Oft auch im Laufe der Zeit sogenannte Strukturverformung mit zunehmenden sozialen Rückzug und realitätsfernen, idiosynkratischen Erlebnis- und Denkweisen.

Langzeitstudien ergaben Tendenz zur „Drittelregel" ($^1/_3$ folgenlose Abheilung, $^1/_3$ mit Rückfällen und leichtem Residuum, $^1/_3$ mit beträchtlichen bis schweren Dauerdefekten)

Im Alter Tendenz zur Abschwächung und Milderung der Erkrankung

6.8 Prognose

Günstigere Prognose: bei akutem Einsetzen der Psychose, bei stärkerer Beteiligung affektiver Anteile, bei Nachweis von auslösenden Lebensereignissen bzw. Stress, bei vorheriger guter sozialer Integration, abgeschlossener Ausbildung und Vorhandensein eines Arbeitsplatzes; bei frühzeitig einsetzender adäquater Therapie

Ungünstigere Prognose: bei langsam schleichendem Beginn, fehlendem Nachweis eines auslösenden Ereignisses und mangelnder sozialer Integration. Unter- und Überstimulation im sozialen Bereich sind schädlich für den remittierten Patienten. Ungünstig: hohe EE-Werte (expressed emotions) in der Familie des Patienten: zu große Nähe und Intimität, aber auch zu starke kontroverse Emotionen begünstigen Rezidive

Suizidrate im gesamten Verlauf: 5 %

6.9 Therapie

6.9.1 Somatotherapie

Neuroleptika

(s. Kap. „Somatische Behandlung", S. 215 ff.)

Zielsymptome:
- Psychomotorische Erregung
- Wahn, Halluzinationen (→ produktive Positivsymptomatik)
- Affektive und gedankliche Verarmung, sozialer Rückzug (→ Minussymptomatik)
- Denkzerfahrenheit, unkoordinierte Handlungen (→ Desorganisiertheit)
- Unangemessen gedrückte oder gehobene Stimmung (→ affektives Syndrom)

Wichtigste Gruppen:
- ***Phenothiazine***
  - niederpotent: sedierend, vegetative Begleiterscheinungen: Levomepromazin (Neurocil®), Perazin (Taxilan®)
  - höher- bis hochpotent: antipsychotisch; extrapyramidale Nebenwirkungen: Chlorperphenazin (Decentan®), Fluphenazin (Lyogen®, Dapotum®)
- ***Thioxantene***
  - hochpotent: Flupentixol (Fluanxol®), Clopentixol (Ciatye®)
- ***Butyrophenonderivate***
  - hochpotent: antipsychotisch; beträchtliche extrapyramidale Nebenwirkungen; Haloperidol (Haldol®), Benperidol (Glianimon®)
- ***Andere, sog. „atypische" Neuroleptika***
  - nieder- bis mittelpotent, kaum extrapyramidale Nebenwirkungen; bei therapieresistenten Psychosen: Clozapin (Leponex®) – wegen Agranulozytosegefahr nur kontrollierte Anwendung!
  - höher- bis hochpotent: wenig extrapyramidale Nebenwirkungen: Zotepin (Nipolept®), Olanzapin (Zyprexa®), Amisulprid (Solian®), Risperidon (Risperdal®)

Anwendung:
- in der akuten Psychose vorrangig hochpotente Neuroleptika, (meist initial: atypische Neuroleptika, bei Nichtansprechen typische, evtl. kombiniert mit niedrigpotenten, sedierenden Neuroleptika, bei Span-

nungs- und Erregungszuständen auch *vorübergehend* Benzodiazepine (Tranquilizer)

- bei katatonem Stupor Infusionen mit hochpotenten Neuroleptika, evtl. Clozapin. EKT s. unten!
- nach Abklingen der akuten Symptomatik bei Erstmanifestationen in der Regel noch mehrere Monate ein (Depot-)Neuroleptikum, nach der zweiten Manifestation 1–2 Jahre neuroleptische Medikation, nach mehreren Rezidiven Dauermedikation mit einem Depotneuroleptikum wie Fluphenazin (Dapotum®, Lyogen®) oder Flupentixol (Fluanxol® oder bei zuverlässigen Patienten orale (stark- oder mittel-) potente Medikation vorzugsweise neuere atypische Neuroleptika evtl. Clozapin

Bei Gabe von hochpotenten Butyrophenonen oder Phenothiazinen Gefahr der Früh-, insbesondere aber Spätdystonien oder -dyskinesien. Letztere sind oft schwer therapierbar! Langzeitgabe von Antiparkinsonmitteln verstärkt Ausbildung von Spätdykinesien!

Besonders wichtig ist vertrauensvolle Beziehung zum Patienten, im Rahmen derer der Patient lernen kann, die Dosis seiner Medikamente entsprechend den eigenen Symptomwahrnehmungen zu variieren. Kontinuierliche medikamentöse Behandlung, supportive Psychotherapie und strukturierende soziale Interventionen gelten in Kombination als erfolgversprechende Rezidivprophylaxe.

Nebenwirkungen und Komplikationen: s. auch somatische Behandlung Kap. 15.1

Elektrokrampftherapie

Erfolgt immer in Kurznarkose und Muskelrelaxation, mit O_2-Beamtung. Hohe Wirksamkeit bei febriler Katatonie und medikamentös schwer beherrschbaren Zuständen von hochgradiger Unruhe und Verwirrtheit („Delirium acutum"): unter Umständen lebensrettend. Risiken entsprechen Kurznarkose, vorübergehende (!) Gedächtnisstörungen kommen vor, keine zerebrale Substanzschädigung nachgewiesen. (S. auch Kap. 15.2)

6.9.2 Psychotherapie

Therapieformen:

- *stützende, psychotherapeutische Gespräche* mit einfühlendem Verständnis sind zur Bearbeitung gegenwärtiger Konflikte notwendig und grundsätzlich indiziert. Ich-stützende Gesprächsführung, besonders bei starker Angst, Ich-Verlust-Ängsten bzw. Ich-Grenzverlust. Nach Abklingen der akuten Symptomatik Fokussierung der Psychotherapie auf den Umgang mit der Krankheit, Konsequenzen für mitmenschliche Beziehungen und Überlegungen zur Rehabilitation. Aktivierung und Anregung des Patienten; isolatorischen Tendenzen entgegenwirken!
- *Psychoedukation:* Information über Krankheitserscheinungen und Therapie, anschließende Übungsphase
- *Verhaltenstherapie:* Training sozialer Fertigkeiten, Selbstkontrolle
- *kognitives Training,* überwiegend computergesteuerte Lernprogramme
- *psychodynamische Therapie:* in Modifikation der analytischen Neurosenbehandlung, sehr aufwendiges Verfahren mit unsicherer Prognose
- *Musiktherapie* mit der Möglichkeit, Eigenerleben und Gefühle auszudrücken und Grenzen zu erfahren
- *Ergotherapie:* in der künstlerischen Beschäftigungstherapie Möglichkeit, Konflikte und innere Bilder gestalterisch auszudrücken und eigene kreative Potentiale zu entdecken
- *Familientherapie* mit Einbezug der Angehörigen in den therapeutischen Prozeß bei vorhandener Motivation
- *Angehörigenarbeit* in Gruppen zur Information der Angehörigen und Austausch von Problemen, die die Angehörigen belasten
- *Bewährtes Vorgehen:* „bimodale" Kombination von Psychoedukation und Angehörigenarbeit in Verbindung mit kognitivem Training und medikamentöser Rückfallprophylaxe

Umgang mit schizophrenen Patienten

- *wahnhafte Patienten:* Zuhören, wenige Fragen stellen (den Wahn heraus- nicht hineinfragen). Den Patienten mit seinem Wahn akzeptieren, nicht so tun, als ob man die Wahninhalte für Realität hielte. Erst später Prüfung, inwieweit Distanzierung vom Wahn möglich ist. Halluzinatorisches Verhalten kann angesprochen werden („Was hören Sie gerade?")
- *unruhige, aggressive Patienten:* Versuchen, mit ruhigem Gespräch und Zureden den Patienten langsam aus seiner Erregung zurückholen. Wenn Gefahr droht, Hilfe holen. Nur im Notfall, dann aber entschieden und mit zahlreichem Personal (stets als ärztliche Anordnung) sollten Patienten mit Gewalt mediziert oder auf dem Bett mit Bauchgurt bzw. an Händen und Füßen fixiert werden. (Hierüber exakte Dokumentation mit genauen Zeitangaben!). Dem Patienten ist zu erklären, weshalb man so vorgehen mußte (in England werden psychiatrische Patienten nicht fixiert!)

- *Allgemein:* Wichtig ist der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, die dem Patienten die Möglichkeit läßt, Nähe und Distanz selbst zu bestimmen, und die es ihm ermöglicht, sich in depressiven, suizidalen oder erneuten akuten psychotischen Manifestationen an seinen Therapeuten zu wenden.

6.9.3 Sozialtherapie/Rehabilitation

- Schaffung eines möglichst *natürlichen Behandlungsmilieus:* Orientierung am aktuellen psychopathologischen Querschnitt, Vermeiden des Auftretens von Hospitalismus (bedingt durch langdauernde Hospitalisierung in reizarmer Umgebung mit Rückzug aus der Realität) mit Anstaltsartefakten wie Autismus, Automatismen, Stereotypien, Verstärkung der Minussymptomatik. Sicherstellung allgemeiner Grundbedingungen des Lebens auf Station. Kommunikationsverbesserung. Keine Rollendiffusion von Personal und Patienten, Aufnahme von spezifischen Rollen, Strukturierung des Tagesablaufs. Gespräche in Gruppen (therapeutische Gesprächsgruppen, Stationsplenum, Diskussionsrunden zu aktuellen Themen, Märchengruppen (gestalterisches Rollenspiel) etc.), Beteiligung des Patienten an Hausarbeiten auf Station
- *Realitätstraining:* Besprechung aktueller Situationen, Copingverhalten; Rückzugstendenzen entgegenwirken
- *Spezielle therapeutische Aktivitäten:* Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Werktherapie, Gartentherapie, Gymnastik und Sport, Musiktherapie, Soziodrama, Entspannungsübungen, Entspannungsgymnastik; stufenweise Heranführung an Selbstverantwortlichkeit, Selbstbewußtsein
- Psychoedukation unter Einbeziehung der Angehörigen (s. oben)
- wichtig für die Wiedereingliederung in die Familie ist der Grad der „expressed emotions" zwischen den Familienangehörigen; niedriges Ausmaß günstig
- *Behandlungsinstitutionen* (möglichst gemeindenah): Tageskliniken, therapeutische Wohngemeinschaften, Werkstätten für Behinderte, beschützte Arbeitsplätze, Patientenklubs, Angehörigengruppen, Heime zum Dauerwohnen

Prinzip aller genannten Aktivitäten: Die Belastung des Patienten darf nur bis zu einer von Patient und Therapeut gemeinsam auszulotenden Grenze erfolgen, die im Laufe der Zeit mehr Spielraum zuläßt. Überforderung kann zu Suizidalität führen!

Fallbeispiele

Fallbeispiel 6.1

Ein 32jähriger Mann entwickelte etwa 6 Wochen vor der Aufnahme in die Klinik Schlaflosigkeit und zunehmende Unruhe. Kurz zuvor war die Firma, in der er 14 Jahre lang als Schweißer gearbeitet hatte, in Konkurs gegangen, und er war arbeitslos geworden. Weitere Symptome kamen hinzu: Das Gefühl, von anderen Menschen „komisch" angesehen zu werden, die Überzeugung, man spreche z. B. im Bus oder auch auf der Straße über ihn bis hin zu Wahrnehmungen, daß Radio- und Fernsehsendungen Botschaften an ihn enthielten, deren genaue inhaltliche Bedeutung er nicht erfassen konnte. Schließlich verbarrikadierte er seine Wohnungstür aus Angst vor Verfolgern, die er auch sprechen hörte („den greifen wir uns jetzt, den machen wir fertig!") und die ihn von der gegenüberliegenden Wohnung aus beobachten, abhören und bestrahlen würden. Zuletzt verweigerte der Patient das Essen von seiner Ehefrau, die er verdächtigte, ihn vergiften zu wollen, weil sie mit den Verfolgern unter einer Decke stecke. Ein Erregungszustand bei Eintreffen der Polizei, die er selbst um Hilfe gebeten hatte, führte dann zu seiner Einweisung.

Bei der Aufnahme erschien der Patient ängstlich erregt, offensichtlich unter dem Einfluß akustischer Halluzinationen stehend. Im Untersuchungszimmer antwortete er laut den Stimmen und wähnte, wir wüßten ja ohnehin alles über ihn, weil wir – wie andere Menschen auch – seine Gedanken lesen könnten. Die Einbeziehung in den akuten Verfolgungswahn des Patienten gestaltete die Arzt-Patient-Beziehung in den ersten Tagen äußerst schwierig, bis die neuroleptische Behandlung deutliche Wirkungen zeigte.

Zur Vorgeschichte ist erwähnenswert, daß der Großvater mütterlicherseits in einem psychotischen (vermutlich schizophrenen) Schub Selbstmord begangen hatte. Unser Patient selbst hatte vor allem während der Pubertät, in der er sich als zu dick und wenig männlich empfand, deutlich sensitiv-paranoide Beziehungsideen und hatte auch danach eine Neigung zu sensitivem Erleben und Verhalten behalten.

Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (F 20.0)

Fallbeispiel 6.2

Eine 62jährige Frau wird von ihrem Mann in die Psychiatrische Poliklinik gebracht. Er berichtet, daß seine Frau seit einigen Jahren zunehmend unfähiger geworden sei, den Haushalt zu versehen. Sie habe keine Energie mehr, könne sich nicht konzentrieren, sei rasch erschöpfbar und könne sich in Gesprächen an vieles aus der gemeinsam verbrachten Ehezeit nicht mehr erinnern. Abends werde sie rasch müde

und verbringe dann etwa 10–12 Stunden im Bett. Vorgängen im täglichen Leben gegenüber sei sie abgestumpft und uninteressiert, auch den eigenen Kindern gegenüber. Sie habe sich zunehmend isoliert und habe dadurch kaum noch Beziehung zum Kreis der Freunde und Verwandten. Wahngedanken oder Stimmenhören werden vom Mann verneint, ebenso Schwankungen der Stimmung während des Tages.

Zur Anamnese war zu erfahren, daß die Patientin zwischen ihrem 45. und 58. Lebensjahr 3mal wegen „Nervenzusammenbruch" in Psychiatrischen Kliniken behandelt werden mußte. Den angeforderten Arztbriefen war zu entnehmen, daß es sich um schizophrene Schübe gehandelt hatte. Eine Behandlung mit Depotneuroleptika war 3 Jahre vor der jetzigen Konsultation, 1 Jahr nach dem letzten Klinikaufenthalt eingestellt worden.

Schizophrenes Residuum (F 20.5)

Historische Fälle nach Kraepelin (1921)[3]

Fallbeispiel 6.3

„Das 24jährige Mädchen, das im Bette liegend hereingefahren wird, befindet sich in halb sitzender Stellung. Die Augen sind geschlossen, die Arme bis zur Kopfhöhe erhoben, die Finger wie Krallen gekrümmt; der Mund ist weit geöffnet. Auf Anreden läßt sich kein Zeichen des Aufmerkens oder des Verständnisses erkennen; Aufforderungen werden nicht ausgeführt. Ergreift man die Hand der Kranken, so fühlt man, daß alle Muskeln straff gespannt sind; jedem Versuch, die merkwürdige Haltung des Körpers irgendwie zu verändern, stellt sich ein starrer Widerstand entgegen. Will man die Augenlider heben, so pressen sie sich fest zusammen; die Augäpfel fliehen dabei nach oben. Drückt man den Oberkörper nach hinten, so behalten die leicht angezogenen und abgekreuzten Beine ihre Stellung bei und heben sich von der Unterlage ab. Stechen in die Stirn oder das obere Augenlid löst weder ein Zusammenzucken noch eine Abwehrbewegung aus; selbst wenn man mit der Nadel tief in die Nase hineinfährt, verrät nur ein leichtes Blinzeln und eine Rötung des Gesichts, daß die Kranke nicht völlig unempfindlich ist. Ganz unvermittelt sehen wir sie dann sich strecken und längere Zeit mit dem Körper kontaktmäßig, wippende Bewegungen machen, die ebenso plötzlich wieder unterbrochen werden. Hinzufügen will ich noch, daß die Kranke ihre Entleerungen meist ins Bett gehen läßt, ferner, daß sie seit mehreren Wochen keine Nahrung zu sich nimmt, sondern mit dem Schlundrohr genährt werden muß".

Katatonie (F 20.2)

[3] Kraepelin E (1921) Psychiatrische Klinik. Bd II. Barth, Leipzig

Fallbeispiel 6.4

„21jähriger Mann, der vor einigen Wochen in die Klinik eingetreten ist. Sitzt ruhig da, sieht vor sich hin, blickt nicht auf, wenn man ihn anredet, versteht aber offenbar alle Fragen sehr gut, da er, wenn auch langsam und oft erst auf wiederholtes Drängen, so doch durchaus sinngemäß antwortet. Aus seinen kurzen, mit leiser Stimme gemachten Angaben, entnehmen wir, daß er sich für krank hält, ohne daß wir über die Art und die Zeichen der Störung nähere Auskunft erhielten. Der Kranke schiebt sein Leiden auf die von ihm seit dem 10. Lebensjahr betriebene Onanie. Dadurch habe er sich einer Sünde gegen das 6. Gebot schuldig gemacht, sei in seiner Leistungsfähigkeit sehr heruntergekommen, habe sich schlaff und elend gefühlt und sei zum Hypochonder geworden. So habe er sich im Anschluß an die Lektüre gewisser Bücher eingebildet, daß er einen Bruch bekomme, an Rückenmarksschwindsucht leide, obgleich beides nicht der Fall sei. Mit seinen Kameraden habe er nicht mehr verkehrt, weil er gemeint habe, daß sie ihm die Folgen seines Lasters ansehen und sich über ihn lustig machten. Alle diese Angaben bringt der Kranke in gleichgültigem Ton vor, ohne aufzusehen oder sich um seine Umgebung zu kümmern. Sein Gesichtsausdruck verrät dabei keine gemütliche Regung; nur ein flüchtiges Lachen zeigt sich hier und da. Außerdem fällt gelegentliches Stirnrunzeln und Verziehen des Gesichts auf; um Mund und Nase beobachtet man ständig ein feines, wechselndes Zucken. Über seine früheren Erlebnisse gibt der Kranke zutreffende Auskunft. Seine Kenntnisse entsprechen seinem hohen Bildungsgrade; er hat vor einem Jahr die Reife für die Universität erworben. Er weiß, wo er sich befindet und wie lange er hier ist, kennt aber die Namen der ihn umgebenden Personen nur sehr mangelhaft, danach habe er noch nicht gefragt. Auch über die allgemeinen Ereignisse des letzten Jahres weiß er nur sehr spärliche Angaben zu machen. Auf Befragen erklärt er sich bereit, zunächst in der Klinik zu bleiben; lieber sei ihm allerdings, wenn er einen Beruf ergreifen könnte, doch vermag er nicht anzugeben, was er etwa anfangen wolle."

Hebephrenie (F 20.1)

7 Affektive Psychosen

7.1 Allgemeiner Teil

Definition

Psychotische Erkrankungen mit Störungen der Affektivität (Verstimmung), die sich in zwei entgegengesetzte Richtungen äußern können: Manie und Depression/Melancholie. Verlauf meist in abgesetzten Phasen, vollständige Remission und gesunde Intervalle; in der Regel keine Residualzustände

Synonyma: manisch-depressive Krankheiten, Affektpsychosen, Zyklothymien, affektive Störungen (ICD 10: F 3) (dagegen Zyklothymia = längere, über 2 Jahre andauernde leichtere Stimmungsinstabilität mit Phasen von gehobener und depressiver Stimmung (F 34.0)). Depressive Episoden nach ICD 10 werden im DSM IV als major depression (majore Depression) bezeichnet

Verlauf affektiver Psychosen

- ***monopolar vs. bipolar:*** *nur* depressive bzw. manische Phasen vs. depressive *und* manische Phasen im Wechsel
- ***monophasisch vs. polyphasisch:*** einmalige Depression bzw. Manie vs. mehrmalige Depressionen und/oder Manien

Am häufigsten sind polyphasisch-monopolare Depressionen. Ebenfalls relativ häufig sind einmalige depressive Phasen (ca. 25 % der affektiven Psychosen). Das Verhältnis depressive : manische Phasen ist 3 : 1; Nachschwankungen (subdepressiv bzw. hypomanisch) möglich. *Phasendauer* zwischen 4 und 6 Monaten, max. bis zu 1 Jahr; manische Phasen häufig kürzer als depressive

Epidemiologie

Morbiditätsrisiko: etwa 0,6–0,9 % für monopolare und bipolare Erkrankungen (für Depressionen aller Art wesentlich höher). Keine erhöhte Morbidität in Kriegs- und Notzeiten. Ca. 1/3 bipolare, affektive Psychosen, ca. 2/3 monopolare Depressionen; monopolare Manien sehr selten. Häufigkeit affektiver Psychosen in Familien: Eltern, Geschwister, Kinder

10–15 %, beide Eltern krank: 30–40 %. Konkordanz bei Zwillingen: zweieiig 20 %, eineiig 70 %.

Geschlecht: Erkrankungshäufigkeit monopolar depressiv Männer : Frauen etwa 1 : 2; bipolar: etwa gleich; Fehlerquellen durch geschlechtsrollenspezifisches Verhalten (Frauen geben Symptome leichter zu)

Alter: häufigste Erstmanifestation *bipolarer* affektiver Psychosen um das 4. Lebensjahrzehnt. Bei *monopolaren* affektiven Psychosen 2 Gipfel bzgl. Erstmanifestation: zwischen 20 und 29 sowie zwischen 50 und 59 Jahren (vgl. Angst 1987)[1]; kein Prävalenzanstieg im höheren Lebensalter

Ätiologie und Pathogenese

Biochemische Befunde: Mitverursachung von Depressionen durch Balancestörung der biogenen Amine im ZNS. Führende Hypothesen: *Noradrenalinhypothese* (bei Depressionen Mangel, bei Manien Überschuß an Noradrenalin an den Rezeptoren im Gehirn) und *Serotoninhypothese* (Serotoninmangel an den Rezeptoren); Übertragung beider Neurotransmittersubstanzen selektiv gestört, Rezeptorsensibilität an der postsynaptischen Membran gestört

Eine neurobiologische Störung, die Ätiologie und Pathogenese affektiver Psychosen erklären könnte, ist noch nicht gefunden. Antidepressiva hemmen u. a. die präsynaptische Wiederaufnahme von biogenen Aminen an der Nervenendigung.

Häufig endokrine Regulationsstörung nachweisbar: Hyperkortisolismus; bei 50 % der Depressiven ist der Dexamethason-Suppressionstest pathologisch

Chronobiologische Faktoren (Rhythmusforschung). Bedeutsamkeit des zirkadianen Systems bei affektiven Erkrankungen; Desynchronisation rhythmischer Funktionen, z. B. Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus bei Depressiven und Manikern, und Tagesschwankungen bei Depressiven; REM-Schlaflatenz verkürzt.

Antidepressive Therapie, z. B. mit Schlafentzug, kann die zirkadiane Rhythmik regulierend beeinflussen.

Prämorbide Persönlichkeit: von *der* zu Depression prädisponierenden Persönlichkeit kann nicht gesprochen werden. Insgesamt sind Patienten mit bipolaren Psychosen bzgl. ihrer prämorbiden Persönlichkeitsstruk-

[1] Angst J (1987) Epidemiologie der affektiven Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd 5, S 51–66. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

tur weniger auffällig als Patienten mit monopolarer Depression; bei diesen öfter Typus melancholicus (Tellenbach) mit depressiven und zwanghaften Zügen, hohe Leistungsanforderung, starke Ordnungsliebe

Auslösende Faktoren: Werden immer wieder diskutiert, jedoch nicht immer nachweisbar:

- *somatische Faktoren:* z. B. Grippe, hormonelle Störungen, Operationen, Abmagerungskuren, Wochenbett
- *psychische Faktoren:* unspezifische Auslöser privater und beruflicher Art (z. B. Trennungs- und Verlusterlebnisse, chronische Konflikte, Einsamkeit/Vereinsamung, Umzug, schwere Kränkungen, Entlastung nach anhaltender Belastung, kritische Lebensereignisse etc.), dem Patienten häufig nicht bewußt

Prognose

Der Ausgang affektiver Psychosen reicht von Vollremission über – seltener – leichtere Residualzustände, Chronifizierung bis zu Tod während einer Phase bzw. durch Suizid; Prognose wird durch allgemein erhöhte Mortalität, Suizidrisiko, Rückfallgefährdung und Chronifizierung verschlechtert. Rückfallgefährdung z. B. durch mangelnde Compliance (Medikamenteneinnahme) oder durch chronische Stressoren, mangelhaftes soziales Netz, soziale Unterstützung

7.2 Spezieller Teil

7.2.1 Depression/Melancholie (depressive Episode F 32, F 33)

Symptome

- ***Affektivität:*** traurige Verstimmung im Sinne von „Herabgestimmtsein"; Gefühle innerer Leere, Verlust der affektiven Schwingungsfähigkeit („Gefühl der Gefühllosigkeit", d. h. Unfähigkeit zu positiven Gefühlen ebenso wie zu Traurigkeit, Weinen, Sympathiegefühlen gegenüber Bezugspersonen); Gefühle von Sinn- und Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Pessimismus/Zweifel/Resignation („Es wird nie besser werden!"); Insuffizienzgefühle, Selbstentwertung und Selbstaggressivität (Suizidgefahr!), schwere Schuldgefühle; Tagesschwankungen (häufiger mit Morgentief und gebesserter Stimmung am Abend); Ängste (Alltag, irreale Ängste, existentielle Angst)

- ***Antrieb:***
  - *Antriebshemmung* (gehemmte Depression): noch kürzlich bewältigte Alltagsaktivitäten werden zum Problem, Arbeitsunfähigkeit, Initiativelosigkeit; schwerste Form der Antriebshemmung: depressiver Stupor (kaum Reaktionen auf Ansprache, kaum Bewegung, insgesamt eher selten)
  - *Antriebssteigerung* (agitierte Depression): Depression mit starker innerer und/oder motorisch geäußerter Unruhe, deutlich geäußerte Verzweiflung, stereotyp wiederholte Klagen
- ***Vitalstörungen und vegetative Symptome:*** Druckgefühl auf Brust- oder Bauchraum, Mißempfindungen mit verschiedener Lokalisation; Durchschlafstörungen (mit zerhacktem Schlaf und Früherwachen); Appetitverlust bzw. -mangel (Konsequenz: Gewichtsabnahme); Obstipation; Verlust von Libido und Potenz, evtl. mit sekundärer Amenorrhoe; allgemeines Abgeschlagensein, ständige Müdigkeit
- ***Denken:***
  - ***formal:*** *Denkhemmung.* Das Denken ist verlangsamt, einförmig, unproduktiv, reduziert auf wenige Inhalte (Schlaf, Stuhlgang, negative Kognitionen), geringe Aufnahmefähigkeit für neue Gedanken und Anregungen; intellektuelle Funktionen erhalten, aber krankheitsbedingt nicht voll verfügbar. Bei älteren Depressiven u. U. Pseudodemenz, nach Remission auch Normalisierung der kognitiven Funktionen.
  - ***inhaltlich:*** *Depressiver Wahn* mit folgender Thematik: *Schuld und Versündigung:* extreme Selbstvorwürfe, z. T. wegen lange zurückliegender, harmloser Verfehlungen; entsprechend irrationale Angst vor den Folgen

    Verarmung: Krankenkasse wird die Behandlung nicht bezahlen, die eigene Existenz und die der Familie wird durch die Kosten vernichtet usw.

    hypochondrischer/Krankheitswahn: unkorrigierbare Gewißheit, eine schwere, evtl. zum Tode führende Krankheit zu haben (z. B. Krebs, Syphilis, AIDS); leichtere Form: extreme Sorge um die eigene Gesundheit

    nihilistischer Wahn (Cotard-Syndrom): Existenzvernichtung, bezogen auf die eigene Existenz, die Familie, die ganze Welt
  - ***Zwangsgedanken:*** können führende Rolle spielen (anankastische Depression), z. B. Tötungsimpulse gegen den Partner, die eigenen Kinder oder sich selbst

Diagnose

Weniger ein Symptom allein, als vielmehr ein charakteristischer, für endogene Depression/Melancholie spezifischer Symptomenkomplex. In der Regel mehrere Vitalsymptome und Verlust von Aktivität/Energie; typisch auch Tagesschwankungen mit Morgentief, schwere Schlafstörungen

Ferner typische Verlaufskriterien: Frage nach früheren depressiven Phasen, früheren manischen Phasen, manischen oder hypomanischen Nachschwankungen

Differentialdiagnose

Depressive Verstimmungen bei Schizophrenien, depressiv-organisches Psychosyndrom (andersartiger Verstimmungstyp). Depressive Reaktionen, neurotische Depressionen (kein Wahn, keine Phasen!); Depressionen bei diversen somatischen Grunderkrankungen, pharmakogene Depression

Besondere Formen der schweren Depression

- ***Depressive Syndrome in Schwangerschaft und Wochenbett:*** postpartale Depression etwa 10mal häufiger als in der Schwangerschaft. Auftreten: während der ersten 8 Wochen post partum, besonders in den ersten beiden Wochen. Häufigkeit: 0,4–2 %. Symptomatik: psychopathologisch unspezifisch; Rezidive auch ohne erneute Schwangerschaft/Wochenbett möglich; bei postpartalen Depressionen häufig Suizidgefahr, auch im Sinne von erweitertem Suizid (Mutter und Kind)
- ***Depressive Syndrome im Klimakterium:*** biologische und psychologische Auslöser denkbar; Ausprägung des depressiven Syndroms unterschiedlich; Spektrum von depressiver Reaktion bis zu endogener Depression
- ***Erschöpfungsdepression:*** insbesondere nach Dauerbelastungen; häufig bei neurotischen Grundkonflikten bzw. bestimmter Persönlichkeitsstruktur. Symptomatik: Reizbarkeit und Nervosität, affektive und vegetative Labilität, Schlafstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, diverse psychosomatische Beschwerden
- ***Larvierte Depression:*** depressive Verstimmung als Hintergrundsymptom, leibliche Mißempfindungen, z. B. Herzrhythmusstörungen, über typische depressive Symptome wird nicht geklagt, sie verbergen sich aber „maskiert“ hinter den vorgebrachten Körperbeschwerden. Patienten mit larviert depressiver Symptomatik verlangen oft besonders intensive organmedizinische Untersuchungen.

- ***Involutionsdepression:*** depressive Syndrome mit Erstmanifestation zwischen dem 45.–65. Lebensjahr; häufig psycho- oder auch somatogene Auslösung; psychogene Auslöser: z. B. Bilanzierungsfragen, Trennung vom Lebenspartner, Bewältigung von Schwierigkeiten mit Kränkungen (u. a. Altern als Kränkung!) und somatischen Erkrankungen, bevorstehendes Ausscheiden aus dem Berufsleben
- ***Depression im Senium:*** depressive Syndrome nach dem 65. Lebensjahr, häufig in Verbindung mit somatischen Erkrankungen bzw. hirnorganischen Abbauprozessen, aber auch Einsamkeit und sozialer Isolierung; Suizidgefahr besonders groß – in höherem Alter auch Bilanzsuizid.
- ***Hirnorganische Depression:*** z. B. bei Hirnerkrankungen und dadurch bedingten Psychosyndromen; auch bei Epilepsie
- ***Symptomatische Depression:*** Depressionen als Begleiterscheinungen körperlicher Erkrankungen (z. B. Infekte, Vergiftungen, endokrine Erkrankungen wie Morbus Cushing, Morbus Addison); Depressivität häufig auch in biologischen Umbruchzeiten (Pubertät, Schwangerschaft, Prämenstruum, Klimakterium)

Therapie

Vorrangiges Behandlungsziel ist allgemein die Therapie der depressiven (bzw. manischen) Symptomatik. Vor Therapiebeginn Diagnosesicherung! Bei körperlich begründbaren affektiven Störungen Therapie der Grunderkrankung; bei gesicherter Diagnose ist psychopharmakologische Behandlung wichtigstes Behandlungsprinzip. Zusätzliche therapeutische Wirkprinzipien: modifizierte Formen von Psychotherapie, Beschäftigungstherapie, Musiktherapie, Krankengymnastik. Bei schwerer Ausprägung depressiver oder manischer Symptomatik: stationäre Therapie (u. a. wegen Suizidgefahr; besonderes Suizidrisiko bei beginnender Besserung beachten!)

Bei der ***somatischen Therapie*** bestehen folgende Therapiemöglichkeiten:

- *Antidepressiva:* bei depressiven Phasen affektiver Psychosen (klassische trizyklische Antidepressiva oder Serotoninwiederaufnahmehemmer); evtl. Kombination mit Neuroleptika bei depressiven Wahnbildungen; zusätzlich Lithiumsalze, u. U. auch Carbamazepin zur Rezidivprophylaxe (s. Kapitel 15.1.2 sowie 15.1.3) – MAO-Hemmer: Monoaminooxidasehemmer, eher Mittel der 2. Wahl; Einsatz insbesondere bei therapieresistenter Depression (s. Kap. 15.1.2)
- *Schlafentzug* (Wachtherapie): durch totalen (ganze Nacht) oder partiellen (2. Nachthälfte) Schlafentzug Milderung von depressiven Beschwerden, evtl. auch Rückgang der depressiven Tagesschwankungen; Effekt hält meist nur kurze Zeit an (s. Kapitel 15.3)

- *Elektrokrampftherapie (EKT):* eingeschränkte Indikation (nur bei Versagen der Psychopharmakotherapie); bzgl. Indikation, Durchführung und Nebenwirkungen/Komplikationen der EKT (s. Kap. 15.2)
- *Lichttherapie:* Applikation von hellem Licht (z. B. aus Fluoreszenzlampen), bevorzugt morgens; häufig rascher Eintritt von Besserung (bereits nach 3–4 Tagen), Behandlungsdauer 1–3 Wochen bei ca. 1–2 h/Tag; keine gravierenden Nebenwirkungen; anfänglich gelegentlich Übelkeit, Kopfweh, Reizbarkeit, insgesamt aber selten; Indikation zur Anwendung von Lichttherapie bei saisonalen Depressionen, speziell bei Winterdepression

Die ***Psychotherapie*** besteht aus kontinuierlicher Zuwendung im Gespräch, Vermittlung von Geduld, Betonung des Krankheitscharakters der Depression und ihrer guten Behandelbarkeit, Ansprechen möglicher Suizidgedanken. Verschiedene spezielle Methoden zur Depressionsbehandlung, z. B. analytische Psychotherapie nach Benedetti; verhaltenstherapeutische Konzepte, insbesondere die kognitive Psychotherapie nach Beck als strukturierte Methode zum Abbau negativer Einstellungen und Kognitionen (Kognitive Triade: negative Sicht von sich selbst, der Umwelt und der Zukunft). Interpersonale Psychotherapie nach Klerman und Weissman (IPT) als fokussierte Form der Kurztherapie, in der die gegenwärtigen zwischenmenschlichen Probleme, die mit der depressiven Episode verknüpft sind, bevorzugt bearbeitet werden.

7.2.2 Manie (manische Episode F 30)

„Manie“ von griech. *mania:* Begeisterung, Besessenheit, Raserei! Patienten mit manischer Psychose fehlt meist subjektives Krankheitsgefühl

Symptome

- ***Affektivität:*** *gehobene Stimmung* (Hochgefühl, beste Laune, Tendenz zu anhaltender, mitreißender, grundloser Heiterkeit), Selbstüberschätzung („grandioses Selbst“), aber auch Gereiztheit mit Aggressivität (gereizte Manie), Distanzlosigkeit und Kritiklosigkeit im Verhalten anderen gegenüber, Leistungsfähigkeit häufig gesteigert
  Immer Überschuß an Affektivität!
- ***Antrieb:*** starke *Antriebssteigerung* (erhöhte Aktivität, Tatendrang, Rededrang, unermüdliche Betriebsamkeit), evtl. starke (psychomotorische) Erregung, Enthemmung, Umsetzung der sich selbstüberschätzenden Größenideen in Taten (sinnlose Käufe mit hohen Geldausgaben, wahlloses Verschenken von Gegenständen aus dem Privatbesitz, mit z. T. schädigenden Folgen für den Patienten und seine Familie); auch Aggressivität, aggressive Handlungen
- ***Vitalsymptome:*** Schlafstörungen (Schlafdefizit wird subjektiv häufig nicht als quälend empfunden); gesteigerte Libido/Potenz; evtl. Gewichtsabnahme (ohne Appetitstörung)
- ***Denken:***
  - ***formal:*** *Ideenflucht* (Denken beschleunigt, häufig auch das Sprechen, Gedankenjagen, ständig neue Einfälle, dabei leichte Ablenkbarkeit und Sprunghaftigkeit); gelockerter Zusammenhang zwischen Gedanken und sprachlichen Äußerungen; extrem: verworrene Manie
  - ***inhaltlich:*** Wahnformen (z. B. *Größenwahn* als Ausdruck von Selbstüberschätzung und Hochstimmung)

Diagnose

Aufgrund eindrucksvoller Psychopathologie in der Regel wenig problematisch (vor allem bezogen auf die Stimmung); auch hier entscheidend: charakteristischer Symptomenkomplex, typischer Verlauf

Differentialdiagnose

Hyperthyme Persönlichkeit (Steigerung von Affektivität und Stimmung als Persönlichkeitsmerkmal; keine Phasen), manische Syndrome bei somatischen Erkrankungen (psychische Begleitsymptomatik bei organischen Grundstörungen), maniforme Syndrome bei Schizophrenien (kein phasenhafter Verlauf, häufig durchsetzt mit anderen Schizophreniesymptomen), schizomanische Störung

Therapie

- ***Somatische Therapie*** mit *Neuroleptika:* bei manischen Phasen hochpotente Neuroleptika, bei länger anhaltenden maniformen Symptomen evtl. auch depotneuroleptische Medikation. Auch Versuch mit Lithiumsalzen möglich. – Phasenprophylaxe s. Kapitel 15.1.3!
- ***Psychotherapie:*** psychotherapeutische Führung bei manischen Patienten symptombedingt äußerst schwierig.
  Aufgrund häufig fehlender Krankheitseinsicht u. U. Frage der Geschäfts- und Schuldunfähigkeit. Gelegentlich Zwangseinweisung und stationäre Therapie unumgänglich

7.2.3 Mischzustände (bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode, F 31)

Im psychopathologischen Querschnitt sowohl manische als auch depressive Symptome (nicht zu verwechseln mit rasch alternierenden depressiven und manischen Schwankungen im Verlauf einer bipolaren affektiven Psychose (Kurzzykler – rapid cycler) sowie bei schizoaffektiven Psychosen)

Symptome

Rascher Wechsel von Stimmungsgehobenheit und tiefer Verzweiflung

Diagnose

Häufig *rascher* Wechsel depressiver und manischer Symptome. Eine klare Zuordnung zu Depression oder Manie kann schwierig sein. Tritt häufig im Übergang von depressiven zu manischen Phasen und umgekehrt auf

Differentialdiagnose

Manische Phase, depressive Phase, Affektlabilität bei Hirnorganik, affektive Syndrome bei anderen organischen Erkrankungen

Therapie

Eventuell Kombination von Antidepressiva und Neuroleptika

7.2.4 Sonstige affektive Störungen

Neben Zyklothymia (S. 116) und Dysthymia (S. 142) als anhaltende affektive Störungen sind die saisonale affektive Störung (F 38.8) (Auftreten von Depressionen zur selben Jahreszeit z. B. im Winter; Zusammenhang mit Melatoninsekretion; Indikation für Lichttherapie) und die rezidivierende kurze depressive Störung (F 38.1) (wenige Tage etwa einmal im Monat) zu erwähnen

Fallbeispiele

Fallbeispiel 7.1

Eine 64jährige, verwitwete Frau kommt nach einem Suizidversuch in klinische Behandlung. Bei der Aufnahme wirkt die Patientin stark antriebsgemindert, gehemmt, deutlich depressiv. Sie ist erheblich abgemagert, da sie in den letzten 4 Monaten keinen Appetit hatte. Ferner berichtet sie über Schlafstörungen und Tagesschwankungen. Zu Belastungen in ihrem derzeitigen Leben war zu erfahren, daß ihr Ehemann 6 Monate vor der Aufnahme nach längerem Krebsleiden verstorben war.

Die gezieltere psychiatrische Exploration zeigte, daß die Patientin den Tod ihres Mannes in besonderer Weise wahnhaft verarbeitet hatte: Sie wähnte, ihren Mann mit einer Dosis eines Schmerzmittels umgebracht zu haben, was nun auch in den Zeitungen stünde und sogar über die Nachrichten verbreitet würde: Sie sei eine Mörderin! Diese Wahngewißheit war eng mit der depressiven Symptomatik verknüpft und hatte in diesem Fall auch einen ganz spezifischen lebensgeschichtlichen Hintergrund: Die Mutter der Patientin hatte ihren Ehemann (den Vater der Patientin) mit Tabletten vergiftet, nachdem dieser sie mehrfach betrogen und mit einer Geschlechtskrankheit angesteckt hatte. Die Mutter war daraufhin für viele Jahre ins Zuchthaus gekommen, und die Patientin war bei Verwandten aufgewachsen. Die Erkrankung und der dann folgende Tod des Ehemannes hatten möglicherweise diese frühe Szene wiederbelebt und zu einer wahnhaften Verarbeitung durch eine Identifizierung mit einer „mörderischen Mutter“ geführt. Nach einer längeren antidepressiven Pharmakotherapie und einer vorsichtig aufdeckenden Psychotherapie, die genau dieses eine biographische Detail schwerpunktartig beinhaltete, löste sich die depressiv-wahnhafte Symptomatik nach einer Behandlungsdauer von 3 Monaten allmählich auf.

→ ***Endogene Depression mit Wahninhalten (F 32.3)***

Fallbeispiel 7.2

Ein 52jähriger, in zweiter Ehe verheirateter kaufmännischer Angestellter kommt mit einer schweren depressiven Symptomatik und Suizidalität zur stationären Aufnahme. Die jetzige Depression besteht seit 2 Monaten, zuvor war der Patient 1 Jahr lang gesund. Zur Vorgeschichte war zu erfahren, daß der Patient seit seinem 38. Lebensjahr an einer manisch-depressiven Erkrankung leidet, die durch die Trennung von seiner ersten Ehefrau ausgelöst worden war. Er hatte bisher 5 depressive und 2 manische Phasen gehabt und war deshalb mehrfach in stationärer

Behandlung. Im Laufe dieser Vorbehandlung war der Patient auch auf Lithium eingestellt worden, was er aber einige Zeit vor der Phase in der Meinung abgesetzt hatte, daß diese Medikation nicht mehr notwendig sei.

Der stark gehemmt wirkende, mimisch erstarrte Patient leidet während des ganzen Tages unter seiner schweren depressiven Verstimmung: er kann sich zu nichts aufraffen, nichts, auch nicht sein geliebter Garten, interessiert ihn. Er schläft schwer ein, wacht gegen 4 Uhr auf, ohne danach noch Schlaf zu finden. Seit Wochen hat er keinen Appetit, und er hat 9 kg Gewicht verloren. Er macht sich Vorwürfe, den Kunden gegenüber versagt zu haben und befürchtet die Kündigung, die zu recht käme, da er nichts mehr wert sei, zu nichts mehr tauge. Er habe seine Firma in große Schwierigkeiten gebracht. Sein Haus werde man demnächst pfänden; seine Familie stünde dann vor dem finanziellen Ruin. Am besten bringe er sich um. Alle diese Befürchtungen sind nach Angaben der Ehefrau völlig ungerechtfertigt.

Die klinisch-stationäre Behandlung mit Antidepressiva brachte im Laufe von 8 Wochen eine deutliche Besserung. Der Patient konnte sich von seinem Schuld- und Verarmungswahn distanzieren. Gegen Ende der stationären Behandlung bekam er eine hypomanische Nachschwankung, die jedoch nicht weiter exazerbierte. Die Lithiumprophylaxe wurde schon während der klinischen Behandlung wieder aufgenommen.

Die Ehefrau des Patienten nahm an einer Angehörigengruppe teil und konnte dadurch mehr Verständnis für die Erkrankung ihres Mannes und den Umgang damit entwickeln.

Bipolare affektive Psychose (F 31.5)

8 Schizoaffektive Psychosen, akute vorübergehende Psychosen, Wahnentwicklungen

In diesem Kapitel sind Psychosen zusammengefaßt, die *nicht* im engeren Sinne körperlich begründbar sind und die weder schizophrenen noch affektiven Störungen eindeutig zugeordnet werden können

8.1 Schizoaffektive Psychosen (F 25)

Allgemein: Endogene Psychosen mit Symptomen aus dem Überschneidungsbereich des schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreises. Diagnostisches Problem: Abgrenzung gegen Schizophrenie und affektive Psychosen; keine scharfe Definition, deshalb unterschiedliche Häufigkeit bei verschiedenen Diagnostikern. Nach ICD 10 affektive und schizophrene Symptome in derselben Phase gleichzeitig erforderlich.

Synonyma: Mischpsychosen, atypische endogene Psychosen; zu diesem Bereich gehörig: zykloide Psychosen

Symptome:
- gehobene euphorische oder expansiv gereizte Stimmung mit Größenideen, Erregung, Gereiztheit, Antriebssteigerung, Distanzlosigkeit (vgl. Symptomatik bei „Manie", S. 122) oder
- depressive Verstimmung mit Verlangsamung, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Schuldgefühlen, Suizidgedanken (vgl. Symptomatik bei „Depression/Melancholie", S. 118) sowie
- schizophrene Symptome wie Ich-Störungen, parathymer Wahn, akustische Halluzinationen, Gedankenausbreitung (vgl. Symptomatik bei „Schizophrenen Psychosen", S. 101)

Verlauf:
- phasenhafter Verlauf, ähnlich bipolaren Psychosen
- im Intervall restitutio ad integrum, in der Regel kein Residuum
- langfristig günstige Prognose, kein Persönlichkeitsdefekt

Therapie
- bei *schizomanischen* Phasen: Neuroleptika
- bei *schizodepressiven* Phasen: Neuroleptika und Antidepressiva, bei Therapieresistenz evtl. EKT; stützende Psychotherapie
- *Phasenprophylaxe* mit Carbamazepin oder Lithium; u. U. zweigleisig mit (Depot-)Neuroleptika

8.2 Sondergruppe: Zykloide Psychosen

Nach Leonhard (1986)[1] kann man diese Sondergruppe, die mit schizoaffektiven Psychosen Ähnlichkeit aufweist, mit Unterformen abtrennen. Typisch: kurze, rasch wechselnde Phasen von bipolarer Verlaufsform. Diese Gruppe weist auch Überschneidungen mit der folgenden auf, den akuten vorübergehenden Psychosen nach ICD 10.
- ***Angst-Glücks-Psychose:*** Leitsymptom *Angst,* auch in Kombination mit Verfolgungswahn und Stimmen bei synthymem Affekt. Rascher Wechsel in ekstatisch (paranoiden) psychotischen Glückszustand; Eingebungswahn
- ***Erregt-gehemmte Verwirrtheitspsychose:*** Leitsymptom *Denkstörung,* Stimmung labil. Gehemmter Pol: Beziehungs- und Bedeutungswahn, kein Stupor, aber Aspontanität. Erregter Pol: Ideenflucht und Zerfahrenheit, Personenverkennungen und Halluzinationen
- ***Hyperkinetisch-akinetische Motilitätspsychose:*** Leitsymptom *Störungen der Motorik.* Hyperkinetisch: ähnlich katatoner Erregung. Akinetisch: ähnlich katatonem Stupor; kurze psychotische Episoden

8.3 Akute vorübergehende Psychosen (F 23)

Allgemein: Nach ICD 10 Sammelbezeichnung für unterschiedliche, akut innerhalb von Tagen auftretende, kurzdauernde psychotische Syndrome unterschiedlicher Genese (insbesondere nach aktueller Belastung). Vorkommen besonders häufig in den Ländern der Dritten Welt. Viele dieser Störungen wurden früher als psychogene oder reaktive Psychosen klassifiziert.

[1] Leonhard K (1986) Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie, 6. Aufl. Akademie-Verlag, Berlin

Formen:
- polymorphe Störungen mit oder ohne typisch schizophrene Symptome: wechselnde produktive Symptomatik, starke affektive Schwankungen von Glücksgefühlen und Ekstase bis zu Angst und Reizbarkeit
- akute schizophreniforme Störungen
- vorwiegend wahnhafte Störungen

Darüber hinaus finden sich akute depressive und katatone Syndrome, sowie solche, bei denen Bewußtseinsstörungen im Vordergrund stehen.

Verlauf: akuter Beginn, Verlauf im allgemeinen günstig, in einem Teil der Fälle Übergang in Schizophrenie

Therapie: psychopharmakologisch mit Neuroleptika, dann psychotherapeutisch

8.4 Wahnentwicklungen (F 22)

Allgemein: Entwicklung eines anhaltenden Wahns, in der Regel ohne sonstige produktive Symptome wie Halluzinationen sowie ohne tiefgreifende Persönlichkeitsveränderung. Oft finden sich psychogen erklärbare Entstehungsbedingungen bei angenommener Disposition. Therapeutisch schwer beeinflußbare Krankheitsbilder

Nosologische Zuordnung der Wahnentwicklungen: kontrovers diskutiert; Übergänge zu neurotischen Störungen, zu Schizophrenie; nosologische Eigenständigkeit immer wieder in Frage gestellt, aus klinischer Evidenz ist „Wahnentwicklung" jedoch ein erforderlicher Krankheitsbegriff!

Diagnostisch in diesem Bereich auch chronische, nichtschizophrene paranoide Psychosen mit Paramnesien und Sinnestäuschungen, im übrigen aber gut erhaltener Persönlichkeit; Ursprung der Wahnentwicklung oft nicht gut nachzuweisen!

Differentialdiagnose zur spät auftretenden, rein wahnhaften, chronisch verlaufenden Schizophrenie (Paraphrenie) kaum möglich

Verlauf: über Jahre, eher ungünstig. Verlauf günstiger, wenn als Grunderkrankung eine endogene Psychose vorliegt

Therapie: Versuche mit Neuroleptika und/oder Antidepressiva. Häufig Therapieresistenz, häufig keine Behandlungsbereitschaft. Ärztliche psychotherapeutische Gespräche sind zu versuchen, u. U. auch sozialtherapeutische Betreuung

Formen von Wahnentwicklung

- ***Paranoia/sensitiver Beziehungswahn.*** Historisch mehrfach wechselnde Bedeutung von Paranoia. Vorbild für die heutige Bedeutung ist der von Gaupp (1914) beschriebene Fall des Hauptlehrers Wagner (s. Fallbeispiel, S. 135): ein sich aus dem Charakter entwickelnder, nichtschizophrener chronischer systematischer Wahn, der sich auf Beeinträchtigung, Verfolgung, Eifersucht etc. bezieht.
  Definitorisch schwer von diesem Paranoiabegriff zu unterscheiden ist der *sensitive Beziehungswahn* (Kretschmer): Entwicklung aus dem Zusammentreffen von Charakter (sensitiver Persönlichkeitsstruktur), Erlebnis (persönliche Niederlage) und sozialem Milieu. Umschlag des Primärerlebens der peinlichen Kränkung, der Minderwertigkeit in die Gewißheit, von allen betrachtet, gekannt, verachtet zu werden; Negativvariante eines Größenwahns!
  Verlauf: Beginn häufig ab 4. Lebensjahrzehnt, öfter bei Frauen; ein Teil der Fälle geht in Schizophrenie über; Prognose ungünstig
- ***Querulantenwahn (Paranoia querulans)***: Psychopathologisch Übergang von überwertiger Idee zum systematisierten Wahn. Wahnhafte Überzeugung, ständig Rechtskränkungen zu erleiden
  Prämorbide Persönlichkeit: starrsinnig, rechthaberisch, oft nachdrücklich, auch kampfeslustig
  Beginn mit wirklicher oder vermeintlicher Ungerechtigkeit; daraufhin häufig jahrelanges Prozessieren durch alle Instanzen, ohne die geringste Kompromißbereitschaft, Beschuldigungen gegen alle übrigen Beteiligten, schließlich gegen die ganze Gesellschaft. In der *Gutachtenpraxis* ist die Frage nach Geschäftsfähigkeit relevant (typisch: großer Umfang der Akte mit zahlreichen Schriftsätzen, engbeschriebene endlose Seiten mit weitschweifigen, zwar von falschen Voraussetzungen ausgehenden, aber in sich meist schlüssigen Ausführungen)
  Mögliche Interpretation: Projektion eigenen Unrechts auf die anderen
- ***Eigengeruchsparanoia.*** Gelegentlich als isolierter Wahn mit eingebildeter Wahrnehmung von unangenehmem Eigengeruch z. B. Fäkalgeruch. Beginn als überwertige Idee, z. B. nach Äußerungen aus der Umwelt; auch als Symptom im Rahmen von schizophrenen Psychosen
- ***Dysmorphophobie.*** Wahnhafte Entwicklung des Inhalts, von der Umwelt wegen eines vermeintlichen oder tatsächlichen Körperfehlers (häufig Form der Nase, Form der weiblichen Brust oder Größe des Penis) abschätzig beurteilt zu werden. Konsiliarische Hinzuziehung des Psychiaters durch den Plastischen Chirurgen; häufig Frage der Kostenübernahme durch Krankenkassen

Folge der Wahnentwicklung: depressive Verstimmungen, auch suizidale Handlungen, u. U. psychotische Dekompensation. Gelegentlich auch bei beginnender Schizophrenie. Übergang von überwertiger Idee zu Wahn

- ***Dermatozoenwahn.*** Gewißheit, daß am Körper kleine Tierchen, Parasiten, Würmer etc. vorhanden sind (Mißempfindungen bzw. taktile Halluzinationen). Häufiger in der Dermatologie oder Hygiene; diese Kranken wollen meist nicht zum Psychiater. Vorwiegend ältere Frauen, öfter im Zusammenhang mit organischen Entwicklungen
- ***(Prä)seniler Beeinträchtigungswahn/Kontaktmangelparanoid.*** Im Alter auftretender Wahn, häufig im Zusammenhang mit hirnorganischem Abbau, aber auch bei vereinsamten Personen, nach Verlust des Kontakts zur Umgebung. Oft jahrelang anhaltendes, der Umgebung verborgen bleibendes Syndrom (s. a. Fall 4.3)
- ***Wahnentwicklung bei Schwerhörigen.*** Auftreten von wahnhaften Projektionen bei Verlust des Kontakts zur Umgebung durch Hörverlust, ähnlich dem Kontaktmangelparanoid. Vergleichbare Störungen auch in sprachfremder Umgebung sowie nach langer Isolation in sensorisch-deprivierender Situation
- ***Induzierte wahnhafte Störung (symbiontischer Wahn, Folie à deux).*** (F 24) Übernahme der Wahnsymptomatik eines Kranken durch einen nicht wahnkranken Partner oder auch eine ganze Gruppe (Familie); der Primärerkrankte suggeriert dem Partner seine Wahninhalte (z. B. Verfolgungswahn, Dermatozoenwahn etc.). Erkrankung der Primärperson häufig an paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie
  Differentialdiagnose: *konformer Wahn* als gemeinsame Entwicklung eines sich zusammenfügenden Wahns bei zwei kranken, zusammenlebenden Personen. Unabhängige Entstehung bei jedem der beiden, sodann Zusammenwachsen in der Art der Ausformung

Fallbeispiele

Fallbeispiel 8.1

Die 22jährige, ledige, in der Ausbildung zur Schneiderin befindliche Frau I. kommt mit 2 Mitgliedern ihrer Wohngemeinschaft am frühen Morgen zur Aufnahme. Sie sei seit dem Vorabend auffällig verändert. Zunächst sei sie zornig ge-

reizt gewesen, dann sei sie in den letzten Stunden in einen immer stärkeren Erregungszustand geraten.

Frau I. stammt aus einer kinderreichen Familie. Der Vater ist wegen politisch linksgerichteter Tätigkeit als Eisenbahnbeamter entlassen worden. Beide Eltern waren politisch stets sehr aktiv, und die Patientin hatte sich wegen häufiger Abwesenheit der Eltern schon als Kind sehr an Selbständigkeit gewöhnen müssen. Die Elternehe war schlecht und sie habe „der Sonnenschein der Familie" sein müssen. Gutes Verhältnis zum Vater, von der Mutter wurde sie häufig herabgesetzt; im Gegensatz zu ihren erfolgreicheren Geschwistern habe diese sie als „höchstens handwerklich begabt" bezeichnet. Immerhin machte sie nach der Trennung von zu Hause ihr Abitur mit einem guten Abschluß und begann danach eine Schneiderlehre. Seit der Trennung von den Eltern lebt sie in einer Wohngemeinschaft.

Zur Vorgeschichte hörten wir, daß sie bereits vor einem Jahr einen Suizidversuch mit Tollkirschen machte; es folgten im selben Jahr mehrere parasuizidale Handlungen bei zunehmender Depressivität und Versagensängsten. Stationäre Behandlung wegen eines depressiven Erscheinungsbildes und einer Eßstörung mit Gewichtszunahme von 10 kg. Sie habe die Klinik mehrfach ohne Verabredung mit den behandelnden Ärzten verlassen. Nach der Entlassung wohnte sie zunächst etwa 1 Jahr wieder bei den Eltern. Es fand eine Familientherapie statt. Nach Abklingen der Depression wurde Frau I. sehr umtriebig, sie kaufte sich Kleidung für mehrere Tausend Mark, eine Summe, die sie den Eltern entwendete.

Vor der jetzigen Aufnahme hatte sie sich von ihrem Freund getrennt und war anschließend sehr „aufgedreht" gewesen. In der letzten Nacht demolierte sie ihr Zimmer und warf Gegenstände die Treppe hinunter oder aus dem Fenster. Sie äußerte, sie sei die „heilige Johanna".

Die Patientin wird neuroleptisch mit Haloperidol (Haldol®) behandelt. Es ist zunehmend möglich, mit ihr Kontakt aufzunehmen, und sie kann über ihre Erlebnisse berichten. Sie habe im Anschluß an eine Teufelsaustreibung in ihrem Zimmer „einen Ausraster" gehabt; in ihrem Freund, der sich jetzt von ihr trennte, habe sie eine Art Gott gesehen. Sie habe, um für seine Liebe rein zu sein, alles Böse aus ihrem näheren Bereich entfernen müssen, alles aus ihrem Zimmer gesammelt und ins Treppenhaus hinuntergeworfen. Sie sei dann im leichten Kleid nach draußen gegangen, um die Sonne zu begrüßen. Daraufhin habe die Polizei sie aufgegriffen. Dieses Geschehnis habe eine bestimmte Bedeutung für sie gehabt, um sie herum seien überall verschlüsselte Botschaften gewesen.

Psychisch: bewußtseinsklar, orientiert, distanzlos; logorrhoeisch, im formalen Denken beschleunigt, assoziativ gelockert, ideenflüchtig; Größenideen, Bedeutungserleben, Beziehungswahn, Eindruck des Gemachten, Symboldenken, Derealisation; gehobene Stimmung, starke Ambivalenz, Mißtrauen, depressive Einbrüche.

Die Diagnose ergibt sich aus der Mischung von starken affektiven Anteilen mit sowohl manischen und depressiven Verstimmungen als auch den produktiven psychotischen Symptomen im Sinne eines parathymen Wahnerlebens. – Differentialdiagnostisch ist eine Manie mit parathymer psychotischer Symptomatik zu diskutieren.

Schizoaffektive Psychose (F 25.0)

Fallbeispiel 8.2

Der 27jährige Patient, Herr M., ist Fernfahrer, verheiratet. Seine Frau ist jetzt mit dem 1. Kind im 6. Monat schwanger. Er berichtet über eine unglückliche Kindheit. Der Vater habe sich herumgetrieben, viel getrunken, die Mutter mußte viel arbeiten und hatte kaum Zeit für den Patienten. Nach der Volksschule konnte er keine Lehre beginnen, sondern mußte früh Geld verdienen. Mit 25 Jahren heiratete er.

Seit Beginn der Schwangerschaft der Ehefrau veränderte sich der Patient in seinem Verhalten. Nachdem er zuvor areligiös gewesen war, sprach er häufig von Gott, der ihm zu spirituellen Erkenntnissen verhelfe. Die Ehefrau erlebte ihn in solchen Momenten innerlich aufgewühlt. Intensiv erlebte er eine platonische Beziehung zu einer Freundin, und er stand in einer „schrecklichen Zerreißprobe" zwischen dieser neuen Liebe und seiner Frau, war zutiefst verzweifelt. Neben diesen Phasen von Verzweiflung erlebte er, wenn auch seltener, intensivste Glücksgefühle, ihn durchfahrende Energieströme, worauf er vor Glück habe weinen müssen. In visionären Erlebnissen erblickte er Gott von Angesicht zu Angesicht. Er hatte Angst, mit sich selbst zu verschmelzen, wahnsinnig zu werden.

Zwei Monate vor der Aufnahme kehrte er nach zeitweiliger Trennung zu seiner Frau zurück und arbeitete weiter als Fernfahrer. Auf einer seiner Fernfahrten in Frankreich flehte er Menschen auf der Straße an, ihm zuzuhören. Er meinte, innerlich zu explodieren, sei geradezu zusammengebrochen. Unter ambulanter nervenärztlicher Behandlung besserte sich zwar zunächst sein Befinden, er beging dann aber einen Suizidversuch mit 20 Tabletten Prothipendyl (Dominal 40®) und 10 Tabletten Diazepam (Valium 10®). Von der Intensivstation wurde er in die Psychiatrische Klinik verlegt.

Bei der Aufnahme zeigte er großen Rededrang und monologisierte in gestelzter Ausdrucksweise über seine Empfindungen tiefster Trauer und visionärer Erlebnisse. Er war jetzt nicht depressiv, vom Suizidversuch distanziert, beschreibt diesen als impulsartig. Er arbeitete auf der Station an seinem in der letzten Zeit geschriebenen Buch weiter, in dem er auf über 350 Seiten Themen wie Liebe, Verzweiflung, Seele, Kosmos u.ä. in theoretisierender Form abhandelte. Bei aller Distanz den Mitpatienten gegenüber, versuchte er doch, ihre Nöte zu verstehen. Er bemühte sich dann auch wieder um Integration in das Leben zu Hause, obwohl er sich von der Ehefrau kaum verstanden fühlte. Trotz unserer Warnungen vor zu

großer Belastung nahm er kurz nach der Entlassung aus 4wöchiger stationärer Behandlung wieder eine Anstellung als Fernfahrer an. Wir empfahlen, noch über längere Zeit eine niedrige Dosis Pimozid (Orap®) einzunehmen.

Zykloide Psychose (F 23.0)

Fallbeispiel 8.3

Die 60jährige Patientin, Frau J., wurde von einem internistischen Kollegen zur Konsiliaruntersuchung überwiesen. Er behandelte sie bisher wegen einer seit 20 Jahren bestehenden primär-chronischen Polyarthritis.

Frau J. ist die 2. von 3 Geschwistern. Sie habe stets unter ihrer 3 Jahre älteren Schwester gelitten, die sie als Rivalin schikaniert habe. Zum jüngeren Bruder bestehe ein besseres Verhältnis. Frau J. lernte Kindergärtnerin und war später Lehrerin für Kinderpflegerinnen. Danach war sie als Sozialpädagogin bis zu ihrer Berentung lange Zeit an einer Berufsfachschule tätig.

Sieben Jahre vor der jetzigen Untersuchung begannen Belästigungen durch einen Rauschgifthändlerring. Sie habe damals im Hause eines Dealers gewohnt, der ihr Schwierigkeiten bereitete. In ihrer Abwesenheit betrat man ihre Wohnung, benutzte ihr Telefon, bestaubte ihre Möbel, vergiftete die Wohnung mit Tetrachlorkohlenstoff und entwendete Gegenstände. Beispielsweise war ein roséfarbener Sessel plötzlich, nachdem sie kurz abwesend gewesen war, weiß wie Rauhreif. Die Polizei habe ihr nicht helfen können. Die Beamten meinten, Nachweis eines Einbruches könne nicht geführt werden und insofern sei die Sache gegenstandslos. Auch nach einem Umzug in eine andere Wohnung, wo sie hoffte, Ruhe zu haben, wurde sie weiterhin belästigt.

Wegen ihrer Frühberentung wurde sie zu einem Neurologen geschickt, der einen Verfolgungswahn bei ihr festgestellt habe. Sie fühlte sich aus ihrer Tätigkeit in der Schule herausgedrängt, sei ungern in Pension gegangen. Nach der Pensionierung habe sie dann zunächst zusammen mit ihrer Schwester im Heimatort gewohnt, diese aber zunehmend als schwierig empfunden, so daß sie beide dann auseinanderzogen.

Ihre Schwester habe von den Rauschgifthändlern alles übernommen, um sie weiter zu quälen. Immer noch werde sie von den Rauschgifthändlern beschattet. Ihre Schwester habe sie belogen, betrogen und bestohlen. Bis vor 1 Jahr habe sie die Schwester in ihrer Wohnung gespürt. Überall habe sie gelbe Schmiere festgestellt; es habe gestunken, die Gardinen seien braun und ölig gewesen. Ständig habe sie hohe Rechnungen bei der Reinigung gehabt, oft auch selbst gewaschen, wobei sie dann ihre Hände verdorben habe. Das Gift sei in ihren Körper eingedrungen und habe alle Gelenke befallen, besonders die Handgelenke, Schultern und Knie. Sie müsse also ihrer Schwester die Schuld daran geben, daß sich ihre Krankheit verschlechtert habe.

Psychisch steht Frau J. in den Gesprächen unter starker Spannung. Sie will ständig selbst sprechen, ohne auf Einwände oder Dialogangebote des Gegenübers einzugehen, so daß kein echter Kontakt zustande kommt. Sie spricht weitschweifig und unpräzise über ihre Biographie und den „Psychoterror" der letzten Jahre. Bei äußerer Liebenswürdigkeit ist sie weder bereit, bezüglich des Wahns Konzessionen zu machen, noch bei mangelnder Krankheitseinsicht eine Behandlung zu akzeptieren. Ein Dreiergespräch mit ihrer Schwester kommt für sie nicht in Frage. Keine Hinweise auf akustische Halluzinationen, keine Ich-Störungen. Eine Psychogenese zu klären ist wegen ihrer Abwehr nicht möglich, da sie über Einzelheiten ihres Lebens nicht weiter sprechen möchte.

Bei Frau J. liegt eine therapeutisch schwer zugängliche, langjährige paranoide Psychose vor mit einem zunehmend systematisierten, präsenilen Beeinträchtigungswahn. Die illusionären Verkennungen könnten auf einen beginnenden hirnorganischen Prozeß hinweisen. Für eine Schizophrenie fanden sich keine ausreichenden Anhaltspunkte, wie Stimmenhören oder Ich-Störungen.

Paranoide Psychose (chronifizierter Beeinträchtigungswahn) (F 22.0)

Historischer Fall nach Gaupp (1914)[2]

Fallbeispiel 8.4

„Der 1874 in Eglosheim geborene, aus kleinbäuerlicher Familie stammende Lehrer Ernst Wagner, der seit 1903 verheiratet und Vater von 4 gesunden Kindern war, in geordneten Verhältnissen lebte, hatte in der Nacht vom 3./4. September 1913 zuerst seine Frau und dann seine sämtlichen Kinder durch tiefe Zerschneidung der Halsschlagadern getötet, während sie ahnungslos schliefen. Er war dann mit Eisenbahn und Fahrrad von Stuttgart nach Ludwigsburg, Bietigheim und Mühlhausen gefahren und hatte dort in der folgenden Nacht das in tiefem Schlaf liegende Dorf an 4 verschiedenen Stellen in Brand gesteckt, dann, als die durch den Brand aus ihrer Ruhe aufgescheuchten Bewohner ihre Wohnungen verließen, um sich und ihr Vieh zu retten, mit 2 langen Mauserpistolen auf alle männlichen Einwohner, die er zu Gesicht bekam, geschossen, 8 Personen sofort getötet, 12 andere sowie 2 Stück Vieh schwer verletzt." Er wurde daran gehindert, seinen ursprünglichen Plan ganz durchzuführen, nämlich weitere Personen zu töten, sein Geburtshaus durch Feuer zu vernichten und dann schließlich auch das Schloß Ludwigsburg anzustecken.

[2] Gaupp R (1914) Die wissenschaftliche Bedeutung des Falles Wagner. Münchner Medizinische Wochenschrift, 61: 633–637

Wagner wurde psychiatrisch von R. Gaupp untersucht. Dabei stellte sich heraus, daß er einen seit Jahren gehegten und genau vorbereiteten Mordplan ausgeführt hatte. Bei vorhandener Familienbelastung war seine Kindheit offenbar unglücklich. Der Vater war wohl Alkoholiker, die Mutter eine pessimistische Frau mit „Neigung zu Verfolgungsgedanken" und querulatorischen Zügen; von seinen 9 Geschwistern war ein Bruder Trinker, eine Schwester „sehr nervös". Seit der Kindheit litt er unter angstvollen Träumen, fühlte sich verfolgt, lebte in seiner Phantasie in Räuberromanen.

Im Laufe seiner Jugendentwicklung trat ein Pessimismus immer mehr in den Vordergrund. Er erlebte sich als der Onanie ausgeliefert. Trotz eines verständnisvollen Arztes kann er sich nicht von Schuldgefühlen frei machen. „Er ist überzeugt, daß auch andere ihm seine geheimen Sünden anmerken; er glaubt das aus allerhand Andeutungen herauszumerken." In den Jahren darauf litt Wagner unter ständigen Onanieskrupeln und Kämpfen gegen die Onanie. Sodann soll er sich einige Male unter Wirkung von Alkohol an Tieren vergriffen haben, Sodomie begangen haben, ohne daß diese Handlungen etwa von anderen beobachtet wurden. „Unmittelbar nach den Verirrungen war seine Verzweiflung darüber, seine Angst vor Entdeckung und seine Scham, daß er sich mit seiner Sodomie an der ganzen Menschheit vergangen habe, ungeheuer. In qualvoller Unruhe geht er umher, schon am Tage darauf glaubt er, in gespannter ängstlicher Erwartung wahrzunehmen, daß andere ihm seine schändliche Handlung ansehen."

Hier ist der Ausgang seiner Wahnentwicklung, in die er immer mehr Personen um sich herum einbezieht. Wagner lebt in der sicheren Überzeugung, daß die Bewohner von Mühlhausen seine Verfehlungen kennen, sich über ihn lustig machen, ihn verhöhnen. Hier setzt eine Entwicklung ein, die sich schließlich gegen die Verfolgung durch die Bürger von Mühlhausen richtet. Er steigert seinen Haß gegen die Urheber seiner Qual und „beschließt den Untergang seiner Familie und aller männlichen erwachsenen Einwohner von Mühlhausen." Den Plan hat er schließlich weitgehend durchgeführt.

Bei Wagner handelt es sich „um die psychologische Weiterentwicklung einer von Haus aus abnormen Persönlichkeit, die unter dem Einfluß einer schweren Schuld einen unheilbaren inneren Riß erlebte". Bei einem selbstunsicheren, sensitiven und zugleich hochbegabten Menschen entwickelte sich in Projektion eigener Schuld ein Beziehungs- und Verfolgungswahn, der sich schließlich in schweren Aggressionen entlud.

Paranoia: „Der Fall Wagner" (F 22.0)

9 Neurosen

9.1 Allgemeiner Teil

Definition

Krankhafte Störung der Erlebnisverarbeitung; Versuch einer Kompromißbildung zwischen subjektiv nicht zu vereinbarenden Tendenzen. Erklärung der Symptomatik (abnormes Erleben und Verhalten, evtl. auch mit funktionellen Störungen):

- *aus psychoanalytischer Sicht:* Fehlentwicklung/-haltung mit Symptomcharakter durch Reaktivierung in Adoleszenz/jungem Erwachsenenalter von ätiologisch und pathogenetisch bis in die Kindheit zurückreichenden, unbewußten, nicht gelösten infantilen Konflikten; intrapsychische Konflikte zwischen psychischen Substrukturen (s. „Allgemeine Neurosenlehre", S. 138 ff.)
- *aus lerntheoretischer Sicht:* erlerntes (klassisch wie auch operant konditioniertes) Fehlverhalten

Klassifikation

Während die Einteilung der Neurosen in der ICD 9 noch in traditionell klarer Trennung von der der Psychosen erfolgte, wurde in der ICD 10 diese Dichotomisierung nicht beibehalten. „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen" finden sich in der ICD 10 im Abschnitt F 4, versehen mit dem Hinweis, daß das Neurosenkonzept nicht als Organisationsprinzip beibehalten worden sei.

Weitere Störungen, insbesondere depressive Neurosen (Dysthymia) finden sich im Abschnitt F 3.

Epidemiologie

Psychogene Störungen insgesamt (Reaktionen, Neurosen, Persönlichkeits-, Sexual- und psychosomatische Störungen) 10–20 % in der Bevölkerung, 10–30 % in der Praxis des Allgemeinarztes, 40–50 % beim Internisten. Lebenszeitprävalenz für psychogene Symptome bei Erwachsenen 80–95 % (Schepank 1986)[1]

[1] Schepank H (1986) Epidemiologie psychogener Störungen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd 1, S 1–27. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Vorkommen psychogener Störungen *transkulturell,* Symptommanifestationen (Erscheinungsformen) jedoch durch kulturelle Unterschiede geprägt

- ***Geschlecht:*** bei Frauen Überwiegen von Neurosen und psychosomatischen Störungen, bei Männern Überwiegen von Persönlichkeitsstörungen, Sucht, Suizid, Delinquenz
- ***Alter:*** Manifestationsalter von Neurosen zwischen 20. und 50. Lebensjahr, Gipfel in der 3. Lebensdekade
- ***Sozialschicht:*** keine sichere Beurteilung möglich
- ***Genetik:*** erbliche Komponenten nachgewiesen (Zwillingsforschung, Adoptivstudien)

Verlauf und Prognose

Bei unbehandelten Neurosen sind nach 20 und mehr Jahren 10–20 % der Patienten geheilt (Kriterium: soziale Anpassung), 50–60 % gebessert, 20–30 % verschlechtert bzw. ungebessert, ca. 50 % der Patienten weisen neurotische Residualsymptomatik auf (z.B. Resignation, Stagnation, emotionale Einengung, Verlust an Lebensgefühl). Im Alter häufig Milderung neurotischer Symptome.

Prognoseregel: Prognose günstiger, wenn Störung akut beginnt, mit starken Emotionen einhergeht und prämorbide Persönlichkeit relativ gesund ist. Eher günstiger Verlauf bei neurotischer Depression, hysterischer Neurose, nicht chronifizierter Angstneurose. Eher ungünstiger Verlauf bei Zwangsneurosen, hypochondrischen Neurosen

Die *Chronifizierung* neurotischer Symptome ist u.U. abhängig von frühzeitiger Erkennung der Psychogenese und rechtzeitiger Vermittlung adäquater Therapie. Häufiger Schwachpunkt: Erstbehandlung nach organisch-naturwissenschaftlichem Krankheitskonzept, „Marsch des Neurotikers durch die ärztlichen Institutionen" häufig 5–10 Jahre, bis adäquate Therapie beginnt!

9.1.1 Allgemeine Neurosenlehre

Psychoanalytisches Phasenmodell (Neurosenentwicklung)

Orale Phase (bis 2. Lebensjahr): libidinöse Erfahrung oral fokussiert. Im Mittelpunkt des Erlebens steht Nahrungsaufnahme, Triebbefriedigung und Lustgewinn am Saugen. Vermittlung von Gefühlen der Nähe, Wärme, Geborgenheit, Sicherheit; „Urvertrauen". Frühestes Erleben von Bindung, Abhängigkeit, Angenommenwerden

Mögliche Manifestationen infolge Störungen während oraler Phase:

- mangelndes Vertrauen in sich selbst und andere (Selbstwertproblematik)
- Nähe-Distanz-Probleme, starke Abhängigkeit von Anderen
- Identitätsstörungen, Ich-Schwäche
- Sexualstörungen (Hingabestörung)
- psychosomatische Störungen
- depressive Charakterstruktur
- süchtiges Verhalten

Anale Phase (2.–3. Lebensjahr): libidinöse Erfahrung anal fokussiert. Lustempfindung an Ausscheidungsorgane und -prozesse gebunden; Erleben von Hergeben und Zurückhalten des eigenen „Produkts". Weiterentwicklung von Autonomie, Beherrschung von Körperfunktionen, Entwicklung von Selbstwertgefühl

Mögliche Manifestationen infolge Störungen während analer Phase (z.B. durch inadäquate Reinlichkeitserziehung):

- zwanghafter Charakter mit Pedanterie und Ordnungsliebe
- starke Autonomie- und Machtwünsche
- Sparsamkeit/Geiz
- Rigidität im Denken und Handeln
- Querulanz
- Zwangsneurose

Ödipale (phallische) Phase (ca. 4.–6. Lebensjahr): libidinöse Erfahrung genital fokussiert. Zunehmende Aufmerksamkeit/Interesse an Miktion und Genitale, Erleben der sexuellen Unterschiede, Akzeptieren des eigenen Geschlechts und der Geschlechtsrolle als Basis für Geschlechtsidentität (damit weitere Sicherung des Selbstwertgefühls). Lösung der ödipalen Konstellation durch Relativierung der Liebe zum gegengeschlechtlichen Elternteil und Identifizierung mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil

Mögliche Manifestationen infolge Störungen während ödipaler Phase:

- Störungen der Geschlechtsidentität
- Sexualstörungen und Sexualängste
- Partnerprobleme
- Konversionssymptome
- Phobien

Latenzphase (ca. 6.–10. Lebensjahr): Erleben und Erfahrungen primär auf Weiterentwicklung von Ich-Fähigkeiten (z.B. Wissenserwerb, soziale

Fertigkeiten, Auseinandersetzung und Behauptung in Gruppen) gerichtet, Orientierung an Leitbildern

Störungsmöglichkeiten insb. dann, wenn die früheren Phasen konflikthaft durchlaufen wurden:

- Verhaltensstörungen (z. B. Autismus, Aggressivität)
- autoaggressive Tendenzen
- Enuresis
- Konzentrationsmangel
- Leistungsschwächen
- überstarke Fixierung an das Elternhaus
- Schulängste/Schulverweigerung
- Angst vor Auseinandersetzungen mit anderen (z. B. Klassenkameraden)

Genitale Phase/Pubertät (ca. 11.–16. Lebensjahr): verstärktes Erleben des eigenen Selbst, der Triebwünsche, der Geschlechtsidentität. Autonomiebedürfnis vs. Abhängigkeit von den Eltern; Austesten eigener Fähigkeiten und ihrer Grenzen; neue Idealbildungen

Störungsmöglichkeiten, insb. bei vorbestehenden früheren Traumatisierungen:

- schwere Selbstwertprobleme (Unsicherheit, Verlegenheit, Scham)
- Sexualängste und Onanieskrupel (Scham-/Schuldgefühle)
- Flucht in Phantasiewelten (Tagträume)
- Störungen der Geschlechtsidentität (z. B. Homosexualität, sadomasochistische Neigungen)
- Isolierungstendenzen
- triebfeindliche Einstellungen
- Regressionstendenzen (z. B. erste Suchtmanifestation)
- Suizidalität

Psychoanalytische Instanzenlehre, Ich-Psychologie und Abwehrmechanismen

Instanzenlehre: aus der ursprünglichen Einteilung in Unbewußtes, Vorbewußtes, Bewußtes wurde die spätere Formulierung der Strukturhypothese (psychischer Apparat), bestehend aus den drei, das Selbst bildenden Instanzen: Es, Ich, Über-Ich.

- *Es* umfaßt Gesamtheit der Triebe (Lust-Unlust-Prinzip)
- *Ich* umfaßt koordinierende Funktionen zur Regelung der Beziehung des Individuums zu seiner Umgebung nach dem Realitätsprinzip
- *Über-Ich* enthält die moralischen Maßstäbe des Selbst sowie Idealbildungen

Ich-Psychologie: zentrale Bedeutung des Ichs ist Regelung und Bewältigung der z. T. divergierenden Wünsche/Bestrebungen/Forderungen von Es und Über-Ich. Konfliktanfälligkeit z. B. durch Triebwünsche vs. Verbote (Es vs. Über-Ich) unter Berücksichtigung der Realität (Realitätsprüfung). Das Ich verfügt über eine Reihe von Abwehrmechanismen, die bei Angst (Signal bei drohender Reizüberflutung) einsetzen.

Abwehrmechanismen:

- *Verdrängung* der mit dem Gesamtleben nicht zu vereinbarenden eigenen Impulse oder auch äußerer Erfahrungen/Erlebnisse in den Bereich des Unbewußten. Eine Form von Nichtwahrhabenwollen („was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß"). Das Verdrängte bleibt aber aus dem Unterbewußtsein heraus wirksam
- *Verleugnung* schmerzhafter bzw. schamhafter, unangenehmer Teile der Realität („es kann nicht sein, was nicht sein darf")
- *Projektion:* Eigene Konflikte/Wünsche/Triebregungen werden nach außen verschoben (projiziert) und dort häufig bekämpft, d. h. Verlagerung eigener Vorstellungen auf einen anderen Menschen, an dem diese Regungen (tatsächlich oder vermeintlich) wahrgenommen und möglicherweise kritisiert werden, während sie im eigenen Erleben nicht ertragen werden können
- *Identifikation:* Bestrebungen, Ziele, Persönlichkeitscharakteristika anderer werden in das eigene Selbst integriert und damit sich zu eigen gemacht
- *Reaktionsbildung:* Verkehrung ins Gegenteil (z. B. besonders freundliche Behandlung eines ungeliebten, verachteten Gegenübers)
- *Regression:* Rückzug (phantasiert und/oder im manifesten Verhalten) in frühere Entwicklungszeiten („harmonischer Primärzustand"). Häufiger Abwehrmechanismus bei starken Kränkungen/Versagungen und dadurch bedingter Frustration
- *Verschiebung:* Konflikthaft erlebte Impulse/Gefühle gegenüber einer Person werden auf andere (Personen oder Sachen) verschoben
- *Rationalisierung:* Versuch, einem abgewehrten Motiv eine moralisch akzeptable Lösung zu geben
- *Wendung gegen das Selbst:* Wendung eines Triebimpulses (z. B. Wut) gegen die eigene Person
- *Sublimierung:* sozial bzw. kulturell akzeptierte und gratifizierte Ersatzbetätigungen für das Ausleben von Triebimpulsen
- *Isolierung:* Gedanken werden von anderen Gedankenverknüpfungen isoliert und damit „unschädlich" gemacht
- *Spaltung:* Trennung von „total guten" und „total bösen" Objekten z. B. in der Übertragung bei Borderline-Persönlichkeitsstruktur

- *Ungeschehenmachen:* Beseitigung vorangegangener Gedanken oder Handlungen durch neue Gedanken/Handlungen, die häufig gegenteilige Bedeutung haben. Häufiger Mechanismus bei Zwangssyndromen
- *sog. psychosoziale Abwehr:* belastende Manipulation anderer zur eigenen Konflikt- und Leidensentlastung. Beispiel: Eine Mutter stiftet ihren Sohn zu Streichen an, an die sie sich selbst nie traute, und bestraft ihn womöglich dafür

9.2 Spezieller Teil

9.2.1 Neurotische Depression (Dysthymia F 34.1)

Definition: Überwiegen nichtpsychotischen depressiven Erlebens (Verstimmung) und Verhaltens (Gehemmtheit)

Epidemiologie: häufigste Neurosenform; ca. 10–20 % in der psychotherapeutischen Sprechstunde; 5–7 % in der Allgemeinbevölkerung; häufiger bei Frauen

Symptomatik: depressive Verstimmung, Selbstwertproblematik, Hemmungen, Gefühl von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Angst (z. B. vor Ablehnung, Trennung, Verlassenwerden, Verlust), Arbeitsstörungen, vegetative Symptome (chronische Abgeschlagenheit, Müdigkeit), Suizidalität (zumindest latent), Tendenz zur Abhängigkeit von und Anlehnung an als stark erlebte Objekte (dominante Bezugspersonen); rigide Gewissensbildung, unbewußte Größenphantasien. Abwehrmechanismen: Regression, Wendung gegen das Selbst

Verlauf und Prognose: Tendenz zu wellenförmiger Chronifizierung mit Neigung zu Rezidiven, verkürzte Lebenserwartung durch erhöhtes Suizidrisiko

Therapie: prinzipiell verschiedene Formen der Psychotherapie, evtl. zeitweilig unterstützt von antidepressiver medikamentöser Behandlung

9.2.2 Zwangsneurose (Zwangsstörung F 42)

Definition: Patient leidet unter verschiedenen, sich ihm aufdrängenden Zwängen bzw. Zwangsimpulsen, gegen die er sich nicht oder nur mit

großer Anstrengung wehren kann. Auftreten zwangsneurotischer Symptome häufig bei Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstruktur (Neigung zu Kontrolle, Perfektionismus; Streben nach Dauer und Sicherheit, Absicherungstendenzen, Angst vor Wandlung)
Zwangskrankheit: maligne Ausprägungs- und Verlaufsform der Zwangsneurose

Epidemiologie: nicht seltene Neuroseform, in der Bevölkerung bei 1–2 %, in Psychiatrischen Kliniken über 3 %; innerhalb der Neurosen über 4–5 %; kein geschlechtsbedingter Häufigkeitsunterschied

Symptomatik: Zwangsgedanken/-vorstellungen (z. B. Verbindung von Buchstaben oder Zahlen mit Unglück oder Bedrohung), Zwangshandlungen (z. B. Kontroll- oder Waschzwang), bei deren Unterlassung heftige Angst auftritt. Meist vergeblicher Widerstand gegen die Zwänge. Angst bei Unterdrückung der Zwänge. Zwangsimpulse (z. B. sich oder andere umbringen zu müssen, Drang zu obszönen Handlungen); zwanghafte Charakterzüge (Pedanterie usw.), Arbeitsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen (Hingabestörung). Psychosomatische Störungen (z. B. Asthma, Obstipation, Schreibkrampf), starke Verheimlichungstendenzen bei den Betroffenen („heimliche Krankheit")

Verlauf und Prognose: insgesamt wenig günstig, da Tendenz zu Chronifizierung; häufig Beginn bereits in der Kindheit, sekundärer Krankheitsgewinn. Bei intensiver Therapie günstiger

Therapie: sofern Indikationskriterien erfüllt, analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie (Exposition mit Reaktionsverhinderung), ansonsten stützende Psychotherapie; auch Versuch mit Antidepressiva (z. B. Clomipramin, Fluoxetin oder Fluvoxamin)

9.2.3 Angstneurose (Angststörung/Panikstörung F 41, s. a. Fall 13.2)

Definition: Vorherrschen von Angstsymptomatik (frei flottierende Angst, zunächst nicht objekt- oder situationsgebunden, vgl. „Phobien"; auch als plötzlich anfallsartig einsetzende Angstanfälle/Panikattacken) verbunden mit Vermeidungsverhalten. Häufig begleitet von verschiedenen Somatisierungen (Angstäquivalente). Trennungsempfindlichkeit oder Trennungskonflikt

Epidemiologie: relativ häufig, bei bis zu 5 % der Bevölkerung; Geschlechtsspezifität nicht eindeutig; unterschiedliche Angaben je nach Diagnostiker (Kombination von Angst und Depression unterschiedlich bewertet)

Symptomatik: erhöhte Angsterwartung (z. B. vor Atemnot, Ohnmacht, weiteren Angstanfällen etc.), Angstanfälle (mit vegetativen Begleiterscheinungen), vegetative Symptome (z. B. Schweißausbrüche, Zittern, Parästhesien, Magen-Darm-Irritationen, Schwindel, Schlafstörungen)

Verlauf und Prognose: Erstmanifestation meist im 3. Lebensjahrzehnt, Neigung zu Chronifizierung. Gefahr sekundärer Suchtentwicklung (Alkohol und/oder Medikamente) zur Angstbekämpfung (häufig iatrogen unterstützt!). Depressive Begleitverstimmungen relativ häufig

Therapie: sofern Indikationskriterien erfüllt, spezielle Psychotherapie (z. B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie); evtl. psychopharmakologische Begleittherapie, insbesondere bei akuten Angstanfällen (Antidepressiva; keine abhängigkeitsgenerierenden Tranquilizer)

Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst F 41.0)

Definition: Wiederkehrende, schwere Angstattacken (Panik), nicht vorhersehbar und nicht spezifisch ausgelöst

Symptomatik: Plötzlicher Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen (Depersonalisation oder Derealisation). Konsekutiv häufig Angst zu sterben. Angst vor Kontrollverlust, Angst, wahnsinnig zu werden. Anfallsdauer meist kurz (einige Minuten), gelegentlich auch länger

Verlauf und Prognose: Unterschiedlich; häufig Herausbildung eines Circulus vitiosus im Sinne der Angst vor der Angst (Angst vor der nächsten Panikattacke, Phobophobie, Vermeidungshaltung)

Therapie: wie bei Angststörung

9.2.4 Phobien (Phobische Störung F 40)

Definition: Vorherrschen stark ausgeprägter, an bestimmte Objekte bzw. Situationen gebundener Angstsymptomatik, auch im Sinne von Erwartungshaltung (einhergehend mit Vermeidungsverhalten). Einengung des Lebensraums

Formen: Agoraphobie F 40.0, Soziale Phobien F 40.1, spezifische (isolierte) Phobien F 40.2 (Tierarten, Naturgewalten, Blut und Verletzungen, situativer Typ)

Epidemiologie: häufige Neuroseform: leichte Phobien bei bis zu etwa 7 % der Bevölkerung (schwere phobische Störungen: 0,2 %). Frauen erkranken häufiger als Männer. Kein spezifisches Erkrankungsalter, Beginn schon in früher Kindheit möglich (z. B. Tierphobien). Öfter Verknüpfung mit Panikstörung und/oder mit Depression.

Symptomatik: Leitsymptom ist eine situations- bzw. objektbezogene Angst (z. B. Agoraphobie: Angst vor weiten Plätzen, Menschenansammlungen, somit Angst vor öffentlichen Verkehrsmitteln, Kaufhäusern etc.); Begleitsymptome wie bei Angstneurose; Einsicht, daß die Furcht übertrieben ist

Verlauf und Prognose: spontane Rückbildungen möglich, im übrigen Tendenz zu Chronifizierung mit Ausweitung der Ängste und des Vermeidungsverhaltens mit Rückzug und Isolation

Therapie: Psychotherapie mit differentieller Indikation. Guter Indikationsbereich für verhaltenstherapeutische Verfahren (z.B. systematische Desensibilisierung)

9.2.5 Hysterische Neurose/Konversionsreaktion (Dissoziative Störung F 44)

Definition: Störungen des Erlebens verbunden mit Störungen körperlicher Funktionen (Konversionssymptome). Auftreten häufig bei ausgeprägter, hysterischer Persönlichkeitsstruktur. Als Gruppenphänomen in Schulen, Sekten etc. in Identifikation mit einer „Führungsperson", häufiger beim weiblichen Geschlecht

Epidemiologie: in Nervenarztpraxen etwa 2,5 %. Abnahme der klassischen hysterischen Konversionssymptome (z. B. Schüttellähmungen im

Ersten Weltkrieg, Ohnmachten, „Arc-de-cercle" = „Kreisbogen", hysterisches Phänomen mit anfallsartigem Aufbäumen des Körpers), Zunahme somatisierter Formen der hysterischen Neurose. Kulturelle Einflüsse (häufiger bei südländischen und östlichen Völkern). Frauen erkranken häufiger als Männer

Symptomatik: Konversionssymptome (unbewußte symbolische „Körpersprache" der Affekte): z. B. Lähmungen, psychogene Anfälle, Parästhesien, Sehstörungen, Schmerzsyndrome; dissoziative Störungen (psychogene Bewußtseinsveränderungen): z. B. Amnesien, Dämmerzustände, Stupor, Trancen; insgesamt eher selten; sexuelle Funktionsstörungen und Sexualängste (z. B. Anorgasmie, Vaginismus, Dyspareunie, Kastrationsangst); Verhaltensstörungen (z. B. übertriebenes, künstlich wirkendes, teilweise bis ins Dramatische gesteigertes Auftreten, starker Drang nach Anerkennung und Bestätigung, z. B. durch sexuelle Eroberungen)

Zu den dissoziativen Störungen zählt auch:
- multiple Persönlichkeit (in den USA häufig, in der BRD sehr selten); zwei und mehr „abgetrennte" Persönlichkeiten in einer Person
- Ganser Syndrom (meist psychogen bedingtes Vorbeiantworten/Vorbeihandeln; Zweckreaktion)

Verlauf und Prognose: häufig Symptomwandel (z. B. innerhalb der hysterischen Symptomatik selbst). Häufig ungünstiger Verlauf

Therapie: sofern Indikationskriterien erfüllt, psychoanalytische Behandlung (ursprünglich eine der klassischen Indikationen zur Psychoanalyse), evtl. auch Indikation für Hypnose. Entzug sozialer Verstärker (z. B. bei Gruppenphänomenen)

9.2.6 Hypochondrische Neurose (Hypochondrische Störung F 45.2)

Definition: Vorherrschen einer ängstlichen, körperbezogenen Selbstbeobachtung des Patienten und Befürchtung, an einer schweren Erkrankung zu leiden

Epidemiologie: schwer abschätzbar; generelle Krankheitsbefürchtungen sind häufig, hypochondrische Neurosen im engeren Sinne selten (unter 0,5 %)

Symptomatik: verstärkte, häufig ängstliche Selbstbeobachtung in bezug auf die eigene Gesundheit; unrealistische Krankheitsbefürchtungen (z. B. Herztod, Karzinom, unzureichende Darmtätigkeit, Geschlechtskrankheit); meist Konzentration auf ein oder zwei Organe (Organsysteme)

Verlauf und Prognose: häufig Chronifizierung

Therapie: psychotherapeutische Maßnahmen häufig wenig erfolgreich. Supportive Psychotherapie, vorübergehend pharmakologische Therapie (leichte Sedierung, z. B. niederpotente Neuroleptika)

9.2.7 Charakterneurose (nicht näher bezeichnete Störung F 48.9 und: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F 60)

Definition: keine umschriebene Symptomatik, sondern umfassende Störung des gesamten Erlebens und Verhaltens; „Charakterpanzer" nach Reich (1989)[2].

Epidemiologie: schwer abschätzbar, auch wegen differentialdiagnostischer Probleme (Persönlichkeitsstörungen); fließender Übergang zu „Normal"-Persönlichkeiten, häufig Mischstrukturen

Symptomatik: im einzelnen nicht festlegbar, Neurotisierung der ganzen Person je nach neurotischer Charakterstruktur (Riemann 1993)[3]:
- *schizoide Struktur:* Individualisten mit starkem Autarkiestreben, distanziert bis kühl; gesteigerter Narzißmus, Verletzlichkeit, Mißtrauen; Scharfsicht, intuitive Begabung, ungenügende Ich-Grenzen, schizoides Unsicherheitserleben. Häufig Pseudokontakte (Pseudoherzlichkeit). Bezüge zur präoralen sensorischen Phase (nach Riemann)
- *depressive Struktur:* Suche nach Nähe, Wärme und Geborgenheit, nach Anerkennung; Anklammerungs- und Abhängigkeitstendenzen; Gefügigkeit, Vermeidung von Aggression; Angst vor Ich-Werdung und Autonomie; Bezüge zur oralen Phase
- *zwanghafte Struktur:* Tendenz zum Perfektionismus, Risikofurcht, Skrupelhaftigkeit, Schuldgefühle; Rechthaberei, Dogmatismus, Orthodoxie; Liebesleben häufig emotional gestört, systematisiert; Bezüge zur analen Phase

---

[2] Reich W (1989) Charakteranalyse. Kiepenheuer & Witsch, Köln

[3] Riemann F (1993) Grundformen der Angst. Reinhardt, München

- *hysterische Struktur:* labiles Selbstwertgefühl, Ich-Schwäche, Selbstbezogenheit, Geltungsbedürfnis; Sich-nicht-festlegen-wollen; illusorische Wunschwelt; Bezüge zur ödipalen Phase

Verlauf und Prognose: Neigung zu chronischem Verlauf, ähnlich wie bei Persönlichkeitsstörungen (s. S. 158)

Therapie: aufdeckende Psychotherapie nur bei starkem Leidensdruck, ansonsten psychotherapeutische Hilfestellungen bei aktuellen Konflikten

9.2.8 Neurotisches Depersonalisationssyndrom (Depersonalisations-/Derealisationssyndrom F 48.1)

Definition: Entfremdungserlebnisse (Depersonalisation, Derealisation) im Vordergrund des Erlebens; kein spezifisches Syndrom im Sinne einer eigenen Neuroseform, sondern – häufig transitorisches – *Begleitsyndrom* bei bestimmten Neurosen (z. B. Angstneurose, neurotische Depression, Zwangsneurose)

Epidemiologie: ubiquitär, häufig bei jüngeren Menschen (Adoleszenz); außer bei Neurosen auch bei Psychosen, Epilepsie und Hirntumoren

Therapie: keine spezifische Therapie, sondern Behandlung der Grundkrankheit

Fallbeispiele

Fallbeispiel 9.1

Eine 34jährige Verkäuferin kommt mit einer ausgeprägten Angstsymptomatik in klinische Behandlung.

Die Symptomatik hatte 1/2 Jahr zuvor begonnen, nachdem die Patientin erlebt hatte, daß ein Kunde in dem Kaufhaus, in dem sie arbeitete, zusammengebrochen und dort auch verstorben war (Herztod). Wenige Tage später verspürte die Patientin Angst, das Haus, in dem sie wohnte, zu verlassen. Sie mochte auch nicht mehr einkaufen gehen, ließ sich krankschreiben und wartete täglich angstvoll auf die Heimkehr ihres Mannes von der Arbeit, in dessen Gegenwart die Angst weniger stark war. Hinzu kamen Herzsensationen, die von der Patientin ängstlich als Hinweis auf einen möglichen eigenen plötzlichen Herztod gedeutet wurden. Innerhalb kurzer Zeit war die zuvor vitale Patientin in ihrem Erleben und ihrer Bewegungsfreiheit derart eingeengt, daß sie depressiv und suizidal wurde und deshalb zur Aufnahme kam. Die akute Symptomatik wurde zunächst niedrigdosiert antidepressiv und schwach neuroleptisch behandelt.

In der Psychotherapie wurde bald deutlich, daß die Patientin in den letzten 3 Jahren 3 für sie bedeutsame Menschen durch Tod verloren hatte (Mutter, Schwiegermutter, eine Freundin). Diese Verluste waren in der inneren Verarbeitung der Patientin nicht abgeschlossen. Ebensowenig der frühe Verlust des Vaters, der – die Patientin war damals 3 Jahre alt – an den Folgen eines Verkehrsunfalls plötzlich verstorben war. In der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie ging es daher themenzentriert um die Bedeutung und Bearbeitung von Verlusten. Die Angstsymptomatik besserte sich im Verlauf der stationären Behandlung soweit, daß die Patientin nach 6 Wochen in ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung entlassen werden konnte.

→ ***Angstneurose (Agoraphobie) (F 40.0)***

Fallbeispiel 9.2

Ein 24jähriger Student der Elektrotechnik sucht die Poliklinik auf, weil er seit einigen Monaten unter massiven Arbeitsstörungen leidet. Mehrere Examina hatte er deshalb bereits aufschieben müssen. Der Vater droht jetzt mit Beendigung seiner finanziellen Unterstützung.

In den diagnostischen Erstgesprächen wirkt der Patient depressiv verstimmt, eher passiv-abwartend, was der Untersucher ihn wohl fragen und was er ihm an Hilfe anbieten werde. Neben der Arbeitsstörung wird eine Beziehungsproblematik deutlich: Die letzte Freundin hatte den Patienten kurz zuvor verlassen, weil sie ihn als zu anklammernd und zu wenig aktiv empfand. Gemeinsame Aktivitäten hätten immer von ihr ausgehen müssen.

Der Patient war als einziges, spätes Kind seiner Eltern sehr verwöhnt aufgewachsen, ihm waren viele Schwierigkeiten aus dem Weg geräumt worden. Die Mutter wurde vom Patienten als weiche, stille Hausfrau beschrieben, die nur wenig Kontakte gepflegt habe und in der Sorge um Haus, Haushalt und ihre kleine Familie ganz aufgegangen sei. Der Vater wurde als eher distanziert beschrieben („kein Gefühlsmensch"), der sich leistungsorientiert in einer Firma hochgearbeitet und mit 48 Jahren einen Herzinfarkt bekommen hatte. Die Ehe der Eltern wurde als symbiotisch beschrieben, mit wenigen Außenkontakten und gemeinsamen Unternehmungen. Das Leben der Familie spielte sich weitgehend abgekapselt im eigenen Haus ab.

Dem Patienten wurde eine tiefenpsychologisch orientierte Einzelpsychotherapie vermittelt, nachdem der Leidensdruck und ein, wenn auch ambivalentes, Interesse an einer Bearbeitung der bisherigen Lebensgeschichte deutlich waren. Als längerfristige Perspektive wurde auch an eine Gruppentherapie gedacht.

Neurotische Depression (F 34.1)

Fallbeispiel 9.3

Ein 28jähriger Rechtsreferendar sucht wegen seit 2 Jahren bestehender Zwangssymptome psychotherapeutische Hilfe auf. Er berichtet u. a., daß er bei bestimmten Buchstabenkombinationen an den eigenen Tod denken müsse. So bedeuten z. B. CA oder KA Karzinom, und das bedeute für ihn Tod. Wenn er solche Kombinationen sehe, müsse er Zwangshandlungen ausführen (z. B. laut Zahlenreihen herunterbeten), um nicht mehr daran denken zu müssen. Für dieses „Wegdrücken" benötige er häufig viel Zeit. Durch die Zwangshandlungen sei es auch zu einer Arbeitsstörung gekommen, die an seinem Arbeitsplatz auch schon bemerkt worden sei. Der Patient berichtet ferner diverse, ebenfalls zeitraubende Kontrollzwänge und einen, wenn auch nicht stark ausgeprägten Waschzwang.

Der Patient stammt aus einem ordnungsliebenden und rigiden Elternhaus, in dem die Mutter viel putzte und ihrem Sohn im Laufe der Jahre mehrfach stolz erzählt hatte, daß er bereits mit 10 Monaten „trocken" gewesen sei. Der Vater des Patienten ist ein zwanghaft strukturierter Archivar, der im Haus auf Sauberkeit und von ihm peinlich kontrollierte Ordnung wert legte. Politisch setzte er sich für Parteigruppierungen ein, die gegen Ausländer und Asylanten eingestellt und denen „law and order" oberstes Prinzip war.

Der Patient wurde zunächst, um eine Entlastung von den akuten Symptomen zu erreichen, in eine Ambulanz für Verhaltenstherapie überwiesen, die auf die Behandlung von Zwangsneurosen spezialisiert ist. Eine daran evtl. anschließende tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie wurde mit dem Patienten besprochen.

Zwangsneurose (F 42.1)

Fallbeispiel 9.4

Die Patientin, eine 28jährige Verkäuferin, kommt mit einer Lähmung zu uns, nachdem sie zuvor in der neurologischen Klinik aufgenommen war. Frau N. ist als letztes von 7 Geschwistern geboren. Mit all diesen Geschwistern wie auch mit den Eltern hatte sie sich im Laufe der letzten Jahre überworfen. Nur mit einer Schwester bestand bis vor kurzem noch Kontakt.

Im Alter von 9 und 12 Jahren sei sie von Nachbarn sexuell mißbraucht worden. Mit 25 Jahren wurde die Patientin unehelich schwanger. Ihr damaliger Freund, ein Alkoholiker, trennte sich während der Schwangerschaft von ihr. Um ihre Aversion gegen das ungeborene Kind zu verringern, behandelte ihr Nervenarzt sie mit Hypnose. Nach der Geburt ihrer Tochter, zum Zeitpunkt, als sie zum ersten Mal ihr Kind anblickte, kam es zu einer rechtsseitigen Armlähmung und anschließender zweimonatiger Behandlung in der neurologischen Klinik mit Verdacht auf PRIND. Dies ließ sich jedoch nicht objektivieren und die Abschlußdiagnose lautete psychogene Lähmung.

8 Wochen vor der jetzigen Aufnahme kam es bei einem Besuch ihres Schwagers in ihrer Wohnung im Rahmen einer Verführungssituation zu Geschlechtsverkehr. Kurz nach diesem Ereignis verspürte sie Pelzigkeit, Ungeschicklichkeit und Schwäche in der rechten Hand. In den darauffolgenden Wochen stellten sich Kribbelparästhesien und eine Lähmung der rechten Hand und des rechten Armes ein. Etwa einen Monat vor der jetzigen Krankenhausaufnahme kam es zu einer Scheinschwangerschaft, die innerhalb weniger Tage zu einer deutlichen Wölbung des Unterleibes führte (ein ähnliches Ereignis war bei ihr vor mehreren Jahren bereits einmal aufgetreten). Bei der Untersuchung in der Klinik findet sich eine unvollständige schlaffe Lähmung der rechten oberen Extremität ohne Differenz der Eigenreflexe, die Ausprägung der Parese wechselt während des Tages.

Wir erfuhren von Frau N., daß sie als Jüngste wohl sehr verwöhnt wurde. Stets idealisierte sie den Vater und ging mit der eher schwachen Mutter in Konkurrenz, aber auch mit den Geschwistern, was oft zu verbalen Aggressionen, aber auch zu Tätlichkeiten führte. Die alte Rivalität gegenüber ihrer nächstältesten Schwester verstärkte sich, als diese einen älteren erfolgreichen Mann heiratete; dessen „Inbesitznahme" bedeutete für sie einen Triumph, von dem sie jedoch schnell wieder Abstand nahm, zunächst in eine Scheinschwangerschaft flüchtete und zugleich regredierend die Symptome einer Armlähmung ausbildete, symbolisch das Glied, mit dem sie Aggressionen, aber auch intime Berührungen erlebt hatte.

Bei mangelnder Verbalisierung fanden wir eine starke Regressionstendenz bei der Patientin, die jegliche Schuldgefühle stark abwehrte und sich der Abwehrmechanismen Verleugnung und Ungeschehenmachen bediente. Die Aggression ihrem eigenen Kind gegenüber wurde überkompensiert und erschien als Angst vor dem plötzlichen Kindstod.

Mit dieser Patientin wird neben Gesprächen, die an ihrer Aktualität orientiert sind, mit gutem Erfolg ein übendes Programm einschließlich Krankengymnastik durchgeführt. Für eine konfliktorientierte Psychotherapie erscheint sie nicht ausreichend introspektiv und zu stark abwehrend.

Dissoziative Bewegungsstörung (Konversionsstörung) (F 44.4)

10 Reaktionen (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F 43)

10.1 Allgemeiner Teil

Definition: akute, meist kurzdauernde Fehlverarbeitung eines Traumas. Unterscheidet sich von normalen Erlebnisreaktionen in Stärke und Dauer. In jeder Altersstufe möglich, keine Geschlechtspräferenz

Diagnostik: Vorhandensein eines Traumas bzw. Auslösers (enge Verbindung zwischen Reaktion und Situation). In der Regel Einzelvorgang (der jedoch wiederholt auftreten kann), keine weiteren psychischen Grunderkrankungen vorhanden. Diagnosestellung nach gründlicher Anamnese (da häufig Neurosen Grundlage für abnorme Reaktionen bilden)

10.2 Spezieller Teil

10.2.1 Akute Belastungsreaktion (F 43.0)

Definition: vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche und/oder seelische Belastung entwickelt und im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.

Mögliche Auslöser: überwältigendes traumatisches Erlebnis mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Betroffenen oder einer geliebten Person (z. B. Naturkatastrophe, Unfall, Verbrechen, Vergewaltigung); ungewöhnliche plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung und/oder des Beziehungsnetzes (z. B. Verluste, Arbeitslosigkeit)

Symptome: Beginn mit „Betäubung“, evtl. Bewußtseinseinengung und eingeschränkte Aufmerksamkeit; Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, möglicherweise Desorientiertheit. Mögliche Folgen: Rückzug aus der Umwelt, aber auch Unruhezustände und/oder Fluchtreaktionen. Vegetative Begleitsymptome sind häufig. Symptomatik tritt unmittelbar nach

dem belastenden Ereignis auf und geht meist innerhalb kurzer Zeit (bis zu 3 Tagen) zurück

Therapie: ärztliches Gespräch mit Elementen der Krisenintervention, evtl. begleitende Psychopharmakotherapie

10.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1)

Definition: verzögerte oder protrahierte Reaktion (innerhalb von 6 Monaten) auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (z. B. Katastrophen durch Naturereignisse oder von Menschen verursacht, Kampfhandlungen, schwerer Unfall, Vergewaltigung, Terrorismus etc.). Kann mehrere Jahre andauern, evtl. in andauernde Persönlichkeitsänderung (F 62.0) übergehen

Symptome: wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen; Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Lustlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, ferner Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit, häufig assoziiert mit Angst und Depression sowie auch Suizidgedanken.

Therapie: konfliktzentrierte Psychotherapie (Kurzpsychotherapie, Fokalpsychotherapie), ggf. mit psychopharmakologischer Unterstützung

10.2.3 Anpassungsstörungen (F 43.2)

Definition: Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen (auch schwerer körperlicher Erkrankung) auftreten.

Symptome: depressive Stimmung, Angst, Besorgnis, Sorge, mit der gegenwärtigen Situation nicht zurechtzukommen, evtl. auch Probleme bei

der Bewältigung der alltäglichen Routine. Bei Jugendlichen können Störungen des Sozialverhaltens (z. B. aggressives oder dissoziales Verhalten) zu dieser Störung gehören. Beginn der Störung meist innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis. Dauer der Symptomatik meist nicht mehr als 6 Monate.

- ***Kurze depressive Reaktion*** (F 43.20): vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat dauert
- ***Längere depressive Reaktion*** (F 43.21): leichterer depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation. Dauer: nicht länger als 2 Jahre
- ***Angst und depressive Reaktion gemischt*** (F 43.22): Vorhandensein von Angst und depressiven Symptomen
- ***Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen*** (F 43.23): Symptome betreffen zumeist verschiedene affektive Qualitäten wie Angst, Depression, Sorgen, Anspannung und Ärger
- ***Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens*** (F 43.24): bei dieser Störung ist überwiegend das Sozialverhalten auffällig (z. B. aggressives oder dissoziales Verhalten)
- ***Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten*** (F 43.25): führende Symptome sind sowohl Störungen der Gefühle als auch des Sozialverhaltens
- ***Andere spezifische Anpassungsstörungen*** (F 43.28): z. B. Kulturschock (nach Immigration, Emigration), Trauerreaktion, Hospitalismus bei Kindern.

  Wegen der klinischen Bedeutsamkeit wird die Störung der Trauerverarbeitung hier deutlicher beschrieben: Reaktion auf Todesfälle/Verlust nahestehender Menschen oder bei Verlust des gewohnten sozialen Milieus. Kennzeichen: Trauer- oder Trennungsarbeit kann nicht geleistet werden, da der verlorene Mensch häufig eine besondere Bedeutung hatte oder spezifische Gefühle die Trauerarbeit behindern (z. B. ungelöste symbiotische Bindungen, unbewußte Wut oder Schuldgefühle gegenüber dem Toten). Symptome: häufig Fehlen von Traurigkeit, statt dessen Versteinerung, Affektstarre, Hemmung, hypochondrische Klagen, Schlaflosigkeit, psychosomatische Beschwerden. Überkompensation durch übertriebene Aktivitäten, latente Feindseligkeit

Therapie bei Belastungs- und Anpassungsstörungen: ärztliches Gespräch, stützende Psychotherapie, Krisenintervention, Kurzpsychotherapie, evtl. psychopharmakologische Unterstützung

Fallbeispiele

Fallbeispiel 10.1

Eine 24jährige Verkäuferin bekam, nachdem sich vor zwei Monaten ein Freund auf für sie sehr kränkende Weise von ihr getrennt hatte, Schlafstörungen, wurde dann zunehmend depressiv. Suizidgedanken kamen hinzu, so daß sie von ihrem Hausarzt krankgeschrieben wurde. Interventionen von Angehörigen und einer Freundin bestanden darin, sie aufzufordern, ihren ehemaligen Freund als schlecht und gemein anzusehen und sich um einen raschen Ersatz zu bemühen. Diese Hilfen vermochten die Frau aber nicht aus ihrer Verzweiflung zu lösen. So kam es zu einer Überweisung zu einem Psychotherapeuten, bei dem 3 Sitzungen im Sinne einer Krisenintervention stattfanden. In diesen Sitzungen stellte sich heraus, daß biographische Erlebnisse an der momentanen Depressivität entscheidend beteiligt waren: Die Patientin hatte in ihrer Kindheit mehrere Trennungen erleben müssen, denen sie ähnlich hilflos ausgesetzt war wie der jetzigen von ihrem Freund. Aus dieser Zeit hatte sie eine Trennungsängstlichkeit bewahrt, die in der aktuellen Situation erneut zum Tragen kam. Die Bearbeitung dieser Hintergründe brachte der Patientin deutliche Erleichterung, sie konnte wieder ihrer Arbeit nachgehen und unterzog sich wenig später einer Kurzpsychotherapie von 12 Stunden, in der ihre Trennungstraumata und deren Bewältigung Hauptinhalt der therapeutischen Arbeit waren.

Längere depressive Reaktion (F 43.21)

Fallbeispiel 10.2

Ein 26jähriger Medizinstudent versagte im mündlichen Teil des Staatsexamens dadurch, daß er sich völlig blockiert fühlte und schließlich an ihn gerichtete Fragen der Prüfer nicht mehr beantworten konnte, obwohl er sich bestens auf die Prüfung vorbereitet hatte. Als er dann durchgefallen war, wandte er sich tief verzweifelt an einen ambulant arbeitenden Psychiater und Psychotherapeuten mit der Bitte um Hilfe. Das Examen wollte er 4 Monate später erneut versuchen, spürte aber eine erhebliche Angstbarriere.

In einer konfliktzentrierten Psychotherapie stellte sich heraus, daß bei ihm schon immer ein problematisch erlebter Umgang mit Autoritäten bestanden hatte: Der Student erzählte, daß er sich oft mit sog. Autoritäten hätte anlegen müssen, das sei schon in der Schule so gewesen. Ausgehend von diesem Problem ging es in der Therapie dann um die Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Vater, die seit jeher spannungsreich gewesen sei, weil sein Vater, ebenfalls Mediziner, ihn von

Kind auf dazu gedrängt habe, später einmal die Praxis zu übernehmen, obwohl er lieber Physiker geworden wäre. Überhaupt sei der Vater einer von denen gewesen, die unter Erziehung verstehen, daß man ihren Willen gehorsam ausführe.

Dem Studenten wurde an diesem Punkt deutlich, daß er offensichtlich seine Vaterbeziehung auf die Prüfer übertragen hatte und deren „Willen", das Examen zu bestehen und damit Mediziner zu werden, etwas Eigenes, nämlich das Gegenteil, entgegensetzen mußte. Die Blockierung bei der Prüfung war der Ausdruck dieses inneren Vorgangs.

Die Erkennung dieser Psychodynamik brachte ihm Erleichterung und versetzte ihn schließlich in die Lage, das Examen doch noch zu bestehen – ohne die Blockierung, aber noch mit deutlich vegetativen Irritationen. Bemerkenswerterweise entschied er sich später für eine Spezialisierung im Bereich der Medizinphysik.

Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (F 43.22)

Fallbeispiel 10.3

Eine 59jährige Frau hat nach 32jähriger Ehe ihren Mann durch Tod verloren. Nach seinem Tod entwickelte sie Schlafstörungen und Unruhe und ging wochenlang täglich zum Friedhof, wo sie Gespräche mit ihrem Mann an dessen Grab führte. Nachbarn und Verwandte bemerkten bald, daß sie die allergrößte Mühe hatte, die Trennung von ihrem Mann innerlich zu akzeptieren und sukzessive zu bewältigen. So kam es zu einer Überweisung zu einem Psychiater und zu einer 8 Stunden dauernden Kurzpsychotherapie, bei der vor allem deutlich wurde, daß die Patientin ihrem Mann, der an den Folgen einer alkoholischen Leberzirrhose verstorben war, nach wie vor heftige Vorwürfe wegen seines Alkoholabusus machte, der zu diesem Ausgang geführt hatte. Die Patientin warf ihm das Verlassenwerden schuldhaft vor, weil sie sich mit der neuen Einsamkeit und dem allein Auf-sich-gestellt-Sein nicht abfinden konnte. Diese ihr unbewußte Wut auf den Ehemann hatte ebenso wie die Angst vor der neuen Autonomiesituation eine abnorme Trauerreaktion entstehen lassen, die unter der Bearbeitung in der Therapie im Verlauf von etwa 3 Monaten abklang.

Störung der Trauerverarbeitung (Anpassungsstörung) (F 43.23)

11 Persönlichkeitsstörungen (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F 6)

11.1 Allgemeiner Teil

Definition: Störungen der Persönlichkeit insofern, als bestimmte Merkmale der Persönlichkeitsstruktur (bestimmte Persönlichkeitszüge) in besonderer Weise ausgeprägt, unflexibel und wenig angepaßt sind. Beginn in der Kindheit oder Jugend. Merkmalsakzentuierung, die eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und/oder subjektive Beschwerden (Probleme der sozialen Anpassung) zur Folge haben kann

Epidemiologie: Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in einem ländlichen Bezirk 0,7 % (Dilling 1981)[1], in einer Großstadt 5,5 % (Schepank et al. 1984)[2], Prävalenzangaben internationaler Studien 2–10 %. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Bezüglich Sozialschicht keine eindeutigen Ergebnisse

Ätiologie: multikonditionale Entstehung aufgrund verschiedener Faktoren:

- *genetische Faktoren:* sehr wahrscheinlich (vgl. Zwillings- und Adoptionsstudien), aber nicht allein verursachend; eher Vererbung bestimmender Persönlichkeitszüge
- *erworbene Hirnschäden*: an Entstehung von Persönlichkeitsstörungen mitbeteiligt (frühkindliches exogenes Psychosyndrom)
- *Entwicklungsbedingungen* (in Kindheit und späteren Lebensabschnitten), Reaktionen auf Umwelteinflüsse (z. B. schwere traumatisierende Ereignisse) und soziale Bedingungen für Entstehung von Persönlichkeitsstörungen mit maßgeblich (Fiedler 1994)[3]. Psychodynamische Faktoren inzwischen gut beschrieben (z. B. Kernberg 1988)[4]

---

[1] Dilling H (1981) Prävalenzergebnisse aus einer Feldstudie in einem ländlich-kleinstädtischen Gebiet. In: Mester H, Tölle R (Hrsg) Neurosen. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 6–12

[2] Schepank H, Hilpert H, Hönmann H et al. (1984) Das Mannheimer Kohorten-Projekt. Z Psychosom Med Psychoanal 30: 43–61

[3] Fiedler P (1994) Persönlichkeitsstörungen. Beltz, Weinheim

[4] Kernberg O (1996) Schwere Persönlichkeitsstörungen. 5. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart

Diagnostik/Differentialdiagnostik: Persönlichkeitsstörungen können zu 3 großen Krankheitsgruppen der Psychiatrie in Bezug gesetzt werden:

- *Neurosen:* enge Beziehung zwischen Persönlichkeitsstörungen und Neurosen (Charakterneurosen, vgl. S. 147); bei beiden keine Einzelsymptome, sondern charakteristische Erlebnis- und Verhaltensweisen
- *Psychosen:* z. B. depressive Persönlichkeit, hyperthyme Persönlichkeit als mögliche Randformen bipolarer affektiver Psychosen
- *hirnorganische Krankheiten:* Persönlichkeitsstörungen aufgrund meist perinatal erworbener Schäden („Pseudopsychopathie")

Diagnose „Persönlichkeitsstörung" möglichst nur in Verbindung mit weiteren diagnostischen Aussagen (z. B. Suizidversuch bei depressiv-hysterischer Persönlichkeitsstörung) und nur bei Patienten im Erwachsenenalter stellen!

Verlauf/Prognose: Persönlichkeitsstörungen treten insbesondere in für die jeweilige Persönlichkeitsstörung charakteristischen, kritischen Lebenssituationen und Umweltgegebenheiten in Erscheinung. Mit fortschreitendem Alter oft Abschwächung der Merkmalsakzentuierung. In bezug auf die Lebensbewältigung gilt für Menschen mit Persönlichkeitsstörung in etwa die Drittelregel (Tölle 1986):[5]

- bei ca. $^1/_3$ *ungünstiger Verlauf/Lebenslauf* (Versagen, Konflikte, evtl. ständige ärztliche Behandlung)
- bei ca. $^1/_3$ *kompromißhafte Lebensbewältigung* (Vitalitätsverlust und Einengung der Umweltbeziehungen zugunsten von Entlastung und Ausgeglichenheit: Residualzustände bei Persönlichkeitsstörungen)
- bei ca. $^1/_3$ *günstiger Verlauf* mit ausreichender Lebensbewältigung

Therapie: Auch Persönlichkeitsstörungen sind prinzipiell therapierbar. Die Indikation zu den einzelnen Therapieverfahren ist wie auch sonst von verschiedenen Kriterien abhängig, z. B. den situativen Gegebenheiten, Leidensdruck, Einsichtsfähigkeit und Motivation des Patienten. Die Prognose ist jedoch vorsichtiger zu sehen als bei Patienten mit Neurosen

[5] Tölle R (1986) Persönlichkeitsstörungen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd 1, S 151–188. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

11.2 Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F 60, F 34)

Paranoide Persönlichkeitsstörung (F 60.0)

Symptome: Neigung, Erfahrungen und Erlebnisse als gegen die eigene Person gerichtet zu interpretieren (Erniedrigung, Bedrohung, Ausnutzung oder Benachteiligung). Neigung zu Mißtrauen und Argwohn, leichte Kränkbarkeit; unbelehrbar-rechthaberischer Kampf gegen das Unrecht bzw. für eine Idee/Vorstellung (Fanatiker)

Differentialdiagnose: paranoides Syndrom, sensitive und Borderline-Persönlichkeitsstörung, Querulantenwahn

Schizoide Persönlichkeitsstörung (F 60.1)

Symptome: Kontakthemmung, extreme Distanz und emotionale Kühle, Mißtrauen und Ambivalenzen, Neigung zu Isolation und Vereinsamung

Differentialdiagnose: Schizophrenie, depressive Persönlichkeitsstörung, schizoide Charakterneurose

Dissoziale (soziopathische, antisoziale) Persönlichkeitsstörung (F 60.2)

Symptome: Neigung zu dissozialem Verhalten (Delinquenz, Rücksichtslosigkeit gegenüber sozialen Spielregeln/Normen, betonter Egoismus, Verwahrlosungstendenzen, fehlendes Schuldbewußtsein, Neigung andere zu beschuldigen). Die Störung macht sich vor allem im sozialen Kontext bemerkbar

Differentialdiagnose: hirnorganisches Psychosyndrom, Süchte, emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F 60.3)

Symptome: Tendenz, Impulse auszuagieren, wechselnde, launenhafte Stimmung. Wutausbrüche aus geringfügigen Anlässen können zu gewalttätigem und explosivem Verhalten führen, Ich-strukturelle Defizite

Zwei Unterformen können beschrieben werden:

- *emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus* (F 60.3): emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle stehen im Vordergrund. Häufig gewalttätiges/bedrohliches Verhalten, insbesondere bei Kritik durch andere

- *emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus* (F 60.31): Vorkommen: gehäuft bei jungen Frauen. Instabilität bezüglich Selbstbild, zwischenmenschlicher Beziehungen und Stimmung. Multiple Störungen wie z. B. frei flottierende Angst, polymorph-perverse Sexualität, multiple Phobien, ausgeprägte Konversionssymptome, dissoziative Reaktionen, chronisches Depersonsalisationserleben, episodischer Verlust der Impulskontrolle, selbstschädigende Handlungen, Suchttendenz, Zwangssymptome, konfliktbezogene Denk- und Wahrnehmungsstörungen, pseudohalluzinatorische Erlebnisse, Depressivität, ohnmächtige Wut gegen sich selbst oder andere, kurzfristige psychotische Dekompensationen

Differentialdiagnose: Psychosen, affektive Störungen

Therapie: zunehmende Verbreitung der dialektisch-behavioralen Therapie nach Linehan (kognitive Verhaltenstherapie mit dialektischer Grundhaltung)

Hysterische (histrionische) Persönlichkeitsstörung (F 60.4)

Allgemeines: Ich-zentrierte Persönlichkeit mit umgebungsabhängiger wechselnder Erscheinungsweise; hysterisch (hystera (griech.) = Uterus; in der Antike Theorie vom Umherschweifen des Uterus im Körper), zu histrionisch (histrio (lat.) = Schauspieler), die Neubenennung dokumentiert die pejorative Belastung des Terminus hysterisch

Symptome: starkes Geltungsbedürfnis, Neigung zu Effekthascherei und demonstrativem, unechtem Verhalten. Starkes Kontaktbedürfnis bei gleichzeitig bestehender Kontaktunfähigkeit im Sinne von Liebes- und Bindungsunfähigkeit. Auch Neigung zu Simulation und Pseudologia phantastica (phantastisches Lügengebäude)

Differentialdiagnose: hysterische Neurose, emotional instabile Persönlichkeitsstörung

Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F 60.5)

Symptome: Pedanterie, Perfektionismus, Übergenauigkeit, Ordnungsliebe, charakterliche Rigidität, geringe Kompromißbereitschaft. Gelegentlich auch Zwangsimpulse, Kontrollzwänge

Differentialdiagnose: Zwangsneurose, evtl. auch Zwangssyndrom bei Schizophrenie

Sensitive (selbstunsichere) Persönlichkeitsstörung

(ICD 10: ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung, F 60.6)

Symptome: Mangel an Selbstvertrauen, Störung des Selbstwertgefühls, daraus resultierend leichte Kränkbarkeit und starke Selbstunsicherheit. Überempfindlichkeit gegenüber Ablehnung und Zurückweisung, daher Vermeidungstendenzen in Beziehungen zu Mitmenschen, übermäßiges Distanzverhalten. Ferner Aggressionshemmung, geringes Durchsetzungsvermögen und Neigung zu Affektstau

Differentialdiagnose: Borderline- und depressive Persönlichkeitstörung

Asthenische (abhängige) Persönlichkeitsstörung (F 60.7)

Symptome: rasche Erschöpfbarkeit, leichte Ermüdbarkeit, diverse körperliche Mißempfindungen, Schwäche, Mangel an Spannkraft und Durchhaltevermögen. Neigung zu körperbezogenem Klagen, Schlafstörungen, Depressivität

Differentialdiagnose: depressive Neurosen, larvierte Depressionen

Hyperthyme Persönlichkeitsstörung (F 34.0, „Zyklothymia")

Symptome: fröhlich-heitere Grundstimmung, gesteigerte Aktivität, lebhaftes Temperament („Betriebsnudel", „Stimmungskanone"). Durch diese Grundstimmung und ständige Unruhe (oft begleitet von Distanzlosigkeit und Geltungsdrang) Belastung für die Umgebung

Differentialdiagnose: Manie, maniforme Syndrome

Depressive Persönlichkeitsstörung (F 34.1, „Dysthymia")

Symptome: pessimistisch-skeptische Lebenseinstellung, Gehemmtheit, gedrückte Stimmungslage, Kontaktstörungen. Symptomatik insgesamt ähnlich wie bei Charakterneurosen

Differentialdiagnose: depressive Neurosen, depressive Phase bei endogenen Depressionen

Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen (F 60.8)

Persönlichkeitsstörungen, für die keine der spezifischen Kategorien (F 60.6 bis F 60.7) zutreffen.

Dazugehörige Begriffe: narzißtische Persönlichkeitsstörung, exzentrische Persönlichkeitsstörung, haltlose Persönlichkeitsstörung, unreife Persönlichkeitsstörung, passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, neurotische Persönlichkeitsstörung.

Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (F 60.9)

Dazugehörige Begriffe: Charakterneurose, pathologische Persönlichkeit

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0)

Definition: Veränderung der Persönlichkeit nach langanhaltenden extremen Belastungen (z. B. Folter, Gefangenschaft, Geiselhaft). Merkmale extremer Belastungen sind z. B. permanente Todesfurcht und tiefgehende Entwürdigung der persönlichen Existenz. Bei den schwer geschädigten Opfern nationalsozialistischer Konzentrationslagerhaft spricht man vom Überlebendensyndrom u. U. mit Gefühl der Überlebensschuld.

Symptomatik: Mißtrauische, feindselige Haltung gegenüber der Umgebung; sozialer Rückzug; Gefühle von Leere, Hoffnungslosigkeit und Bedrohung; aktuelle unbegründete Ängste; chronische Nervosität; Schlafstörungen; Entfremdungserlebnisse.

Die Persönlichkeitsänderung muß über mindestens zwei Jahre bestehen.

Differentialdiagnose: Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1).

Fallbeispiele

Fallbeispiel 11.1

Ein 52jähriger arbeitsloser, ehemaliger Angestellter wird anläßlich einer Begutachtung in die Psychiatrische Klinik aufgenommen. Das das Gutachten anfordernde Gericht fragt nach der Schuldfähigkeit des Angeklagten. Die übersandten Akten sind so umfangreich, daß sie in 4 Paketen angeliefert werden. Im einzelnen handelt es sich um über 700 Seiten Aktenmaterial. Aktueller Anlaß für die Begutachtung war, daß der Patient einen Richter, der ihm nicht Recht zugesprochen hatte, beleidigt und bedroht und an dessen Vorgesetzten, einen Landgerichtspräsidenten, einen Brief geschrieben hatte, in dem er den Richter in grober Weise verunglimpft und als „Rechtsverdreher" hingestellt hatte.

Bei der Durchsicht der Akten zeigte sich, daß der Patient bereits seit 12 Jahren diverse Gerichte mit Prozessen und Eingaben beschäftigte, bei denen es ihm zunehmend darum ging, seine Rechtsauffassungen in rechthaberischer und rigider Weise durchzusetzen. Entscheidungen gegen seine Meinungen wurden als feindselig und gegen ihn persönlich gerichtet interpretiert und zogen weitere Anzeigen und Eingaben nach sich. Nach Verlust des Arbeitsplatzes hatte der Patient sich ganz in seine Prozeßaktivitäten gestürzt, seine Ersparnisse weitgehend dafür aufgebraucht und seine Familie soweit vernachlässigt, daß die Ehefrau ihn verlassen hatte, nachdem die Kinder aus dem Haus waren.

Der Patient war von früheren, wichtigen Bezugspersonen (Ehefrau, Mutter, Schwester) als primär leicht verunsicherbar und verletzlich beschrieben worden. Die jetzige querulatorische Entwicklung hatte eingesetzt, nachdem der Patient 13 Jahre zuvor eine Kränkung am Arbeitsplatz hatte hinnehmen müssen: Er war bei einer Beförderung, die ihm bereits angekündigt worden war, zugunsten eines jüngeren, aber forscher auftretenden Kollegen übergangen worden.

Bei der Begutachtung wurde die Diagnose einer paranoid-querulatorischen Persönlichkeitsstörung gestellt. Die Frage der Schuldfähigkeit wurde von dem Gutachter im Sinne des § 21 StGB (verminderte Schuldfähigkeit) beantwortet.

Die mit dem Patienten erörterte Möglichkeit, eine Psychotherapie zu versuchen, wurde von ihm vehement abgelehnt und führte zu einer abrupten Verschlechterung der Gutachter-Patient-Beziehung, da dieser wähnte, daß der Gutachter mit den Gerichten unter einer Decke stecke.

Paranoide (querulatorische) Persönlichkeitsstörung (F 60.0)

Fallbeispiel 11.2

Ein 26jähriger Mann mit abgebrochenem Elektroingenieur-Studium wird von einer niedergelassenen Nervenärztin mit der Einweisungsdiagnose „Verdacht auf Borderline-Syndrom" zur stationären Behandlung angemeldet. Auf der Station fällt der Patient in mehrfacher Hinsicht auf: Er hat episodenhafte, heftige Angstattacken sowie besondere phobische Symptome: So kann er z. B. im Aufenthaltsraum nur in unmittelbarer Nähe zur Tür sitzen, weil er sonst Platzangst bekommt. Mehrfach wird er auf der Station mit einer Alkoholfahne angetroffen. Auf Nachfragen gibt er zu, daß er gelegentlich wie unter einem inneren Drang trinken müsse. Die Beziehung zu seinem behandelnden Stationsarzt gestaltet er in charakteri-

stischer Weise: Nach anfänglicher Kooperativität entwertet er den Arzt massiv und stellt alles bisher Erreichte in Frage. Trotz dieser „Wechselbäder" vermittelt er dem Arzt, daß er ihn braucht. In Zeiten von akuter Angst, in denen er auch Depersonalisationsphänomene berichtet, klammert er sich kurzfristig stark an den Arzt, um wenig später so zu tun, als habe man noch nie ein persönliches Wort miteinander gesprochen. Auffällig waren während des stationären Aufenthalts ferner diverse Körpersensationen (im Sinne von Konversionssymptomen) und ein mehrfach wiederholtes Ritzen der Haut mit Rasierklingen.

Die Diagnose einer „Borderline-Persönlichkeitsstörung" wurde bestätigt. In der zeitlich begrenzten Therapie ging es überwiegend um die Prüfung der Motivation des Patienten zu einer längerfristigen stationären Psychotherapie, zu der sich der Patient angesichts seiner Symptomatik und fehlender tragender Sozialbeziehungen und Perspektiven entschließen konnte. Er wurde in die Psychotherapieabteilung eines Krankenhauses verlegt und blieb dort 4 Monate stationär, danach noch 2 Jahre in ambulant durchgeführter Gruppentherapie.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (F 60.31)

Fallbeispiel 11.3

Eine 65jährige Frau kommt zur Begutachtung und berichtet, daß sie seit vielen Jahren unter Depressionen und Gefühlen tiefer Hoffnungslosigkeit, verbunden mit Schlaflosigkeit, leide. Sie habe keinerlei zwischenmenschliche Kontakte und fühle sich bei Entfernung aus ihrer Wohnung unwohl, habe Angst vor anderen Menschen, könne es in dunklen Gängen und engen Räumen nicht aushalten, da diese Bilder aus der Zeit ihrer Inhaftierung in ihr wachrufen würden. Sie verträgt keine verschlossenen Türen, kann nicht eingesperrt sein, nicht unter die Dusche gehen oder sich röntgen lassen, da diese Orte Erinnerungen an ihre Haftzeit wachrufen und sie befürchten lassen, vergast zu werden bzw. zum Schafott geführt zu werden. Sie habe sich immer mehr und mehr zurückgezogen, sei mißtrauisch, da die Geheimpolizei auch hier noch ihre Machtmöglichkeiten habe.

Die Symptomatik begann nach Verfolgung und Inhaftierung durch das polizeistaatliche System, in dem sie lebte. Sie schildert, daß sie während der Haftzeit insbesondere psychischer Folter ausgesetzt gewesen sei; so habe es brutale Verhöre gegeben. Ferner sei sie in ihrer Zelle ständig beobachtet worden, wurde Schlafentzug ausgesetzt z. B. über Lichtquellen, die immer an- und ausgingen. Beim Verlassen der Zelle mußte sie die Hände auf dem Rücken halten, was ihr das Gefühl vermittelt habe, zum Schafott gehen zu müssen. Außerdem mußte sie gegen ihren Willen viele Psychopharmaka einnehmen. Auch nach dem Ende der Inhaftierung wurde sie weiter unter Druck gesetzt und politisch bespitzelt. Auch die Ausreisemöglichkeit in ein freiheitlich demokratisches Land habe an der beschriebenen

Symptomatik nichts geändert. Immer wieder kämen die Erinnerungen in ihr hoch.

Auch in der Begutachtungssituation ist die Frau außerordentlich mißtrauisch, hinterfragt jedes Interesse an ihr, ist unruhig, und zwar insbesondere über die Enge des Raumes und die verschlossene Tür. Die Fragen des Gutachters erlebt sie als Tortur. Immer wieder wird die Gesprächssituation durch sie unterbrochen mit der Sorge, sie solle nur ausgehorcht werden, so wie das bei der politischen Polizei damals auch gewesen sei. Immer wieder phantasiert sie dabei auch Abhörsituationen, kann sich jedoch bei direkter Konfrontation davon innerlich distanzieren.

Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0)

12 Psychosomatische Störungen

Vorbemerkung: Psychosomatische Störungen werden nicht regelhaft in der Psychiatrie, sondern stationär in Kliniken/Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie an Universitäten, Allgemeinkrankenhäusern und speziellen Fachkliniken, ambulant in erster Linie von Psychotherapeuten behandelt. In der psychiatrischen Versorgung spielen nur bestimmte Erkrankungen dieses Formenkreises von Fall zu Fall eine Rolle und werden deshalb hier mitaufgeführt. Eine Systematik psychosomatischer Krankheiten findet sich u. a. bei Klußmann (1996).[1] Erinnert sei an die klassischen psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne („holy seven“): Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa, essentielle Hypertonie, rheumatische Arthritis, Hyperthyreose, Neurodermitis, Asthma bronchiale. – Hier soll es in erster Linie um Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Symptomen gehen

12.1 Eßstörungen (F 50)

Oberbegriff für verschiedene Formen gestörten Eßverhaltens. Hauptformen: Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (Bulimie)

Anorexia nervosa (F 50.0)

Definition: überwertige Idee, zu dick zu sein; Angst vor Gewichtszunahme; erheblicher Gewichtsverlust, herbeigeführt durch Reduktion der Nahrungszufuhr; Körpergewicht mindestens 15 % unter dem für Körpergröße und Alter zu erwartenden Normalgewicht. Bestimmung entweder nach Broca-Formel (Sollgewicht in kg gleich Körpergröße in cm minus 100 Variationsbreite 10–20 %) oder genauer mittels Quetelets-Index (Body Mass Index-BMI), der sich errechnet aus Körpergewicht in kg geteilt durch das Quadrat der Körpergröße in m. Sollwerte 20.0 bis 25.0. Anorexia nervosa unter 17.5

[1] Klußmann R (1998) Psychosomatische Medizin, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Vorkommen: überwiegend bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; ca. 1 % der Frauen während der Adoleszenz (unter 0,1 % der Männer). Verhältnis Männer zu Frauen = 1 : 20. Familiäre Häufung

Diagnose und Symptomatik: klinische Merkmale sind leicht erkennbar: jugendliches Alter, tatsächliches Körpergewicht deutlich unter dem erwarteten, ritualisierte Nahrungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, selbstinduziertes Abführen, Weglassen von Mahlzeiten, Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika, Körperschemastörung (Fehleinschätzung der eigenen gesunden Körpergrenzen), häufig Hyperaktivität (hohes Leistungsideal/Sport), Kontaktstörungen (Isolierung), geringer Leidensdruck

Endokrine Störungen: Cortisolsekretion erhöht, LH- und GH-Ausschüttung erhöht, Amenorrhoe (oft sekundär); trockene Haut. Kachexie (unter 50 % des Sollgewichts: vitale Bedrohung!)

Zwei Unterformen:

- asketische (passive) Form der Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (Erbrechen etc.)
- bulimische (aktive) Form der Anorexie mit Heißhungerattacken, Erbrechen, Abführen

Differentialdiagnose: somatische Ursachen eines Gewichtsverlustes bei jungen Patienten (z. B. chronisch konsumierende Erkrankungen, Hirntumoren, Darmerkrankungen etc.)

Psychodynamische Faktoren: Störung der psychosexuellen Entwicklung, häufig Retardierung; ambivalente Einstellung zum eigenen Körper; Ablehnung der eigenen Geschlechtsrolle, auch Ablehnung von Sexualität; häufig gestörte Beziehung zu den primären Bezugspersonen (Mutter, Vater); evtl. auch Reaktion auf Eßgewohnheiten innerhalb der Familie und Einstellungen/Verhaltensweisen gegenüber Nahrungsaufnahme im sozialen Umfeld

Verlauf: anorektische Reaktionen finden sich als vorübergehendes Erscheinungsmerkmal bei vielen Jugendlichen. Eine voll ausgeprägte Anorexie ist eine lebensbedrohliche Erkrankung (ca. 10 % Mortalität), Chronifizierungsneigung bei etwa 40 % der Krankheitsfälle. Einige Patienten können einen Symptomwechsel durchmachen (z. B. Medikamentensucht). Somatische Komplikationen können vital bedrohlich werden, gelegentlich finden sich auch Psychosen und Suizid

Therapie: verschiedene Formen von Psychotherapie stehen im Vordergrund der Therapie, zusätzlich sorgfältige Beobachtung des somatischen Zustandes und Kontrolle der Laborparameter und des Gewichtes. In vital bedrohlichen Fällen Sondenernährung

Bulimia nervosa (F 50.2)

Definition: häufige Anfälle von Heißhunger mit großer Nahrungsaufnahme („Freßanfälle") mit konsekutivem, selbst herbeigeführtem Erbrechen

Synonym: Ess-Brech-Sucht

Vorkommen: überwiegend bei jüngeren Frauen zwischen 20 und 30 Jahren (ca. 95 % Frauen-Anteil bei dieser Erkrankung), etwa 1–5 % der weiblichen Bevölkerung

Diagnose und Symptomatik: Freßattacken mit Gier nach Nahrung, ständige Beschäftigung mit Essen, selbst induziertes Erbrechen, ausgeprägte Angst, zu dick zu sein; Folge: Setzen einer scharf definierten Gewichtsgrenze. Zeitweilig Diät, Verwendung von Laxantien und Diuretika. Verheimlichungstendenzen. Gelegentlich: depressive Verstimmungen, Selbstbeschädigungen, Suizidversuche, Amenorrhoe. Nach Freßanfällen häufig depressive Verarbeitung mit Schuld- und Schamgefühlen, öfter mehr Krankheitseinsicht und Leidensdruck als bei Anorexie

Mögliche medizinische Komplikationen: Zahnschmelzabbau, Karies, Parotitis, Oesophagitis, Elektrolytstörungen (Hypokaliämie)

Differentialdiagnose: Störungen des oberen Gastrointestinaltraktes mit wiederholtem Erbrechen; organische Hirnstörungen z.B. traumatisch; Persönlichkeitsstörungen

Psychodynamische Faktoren: narzißtische Spannungen mit Gefühlen innerer Leere; Suche nach Geborgenheit und Selbstwertgefühl; Problematik der Akzeptanz der eigenen Geschlechtsrolle bzw. der eigenen Attraktivität; unbewußte Fixierung an gesellschaftliche Schönheitsideale; orale Grundstörung

Verlauf: keine vital bedrohliche Erkrankung wie die Anorexia nervosa, Störung kann ebenfalls chronifizieren

Therapie: verschiedene Formen von Psychotherapie (z.B. analytisch orientiert oder Verhaltenstherapie); auch Selbsthilfegruppen (z.B. OA = Overeaters Anonymous)

Eßattacken bei anderen psychischen Störungen (F 50.4)

Emotional besonders belastende Ereignisse (z.B. Verluste, Unfälle, Operationen) können von einem „reaktiven Übergewicht" gefolgt sein.

Übergewicht kann auch in Verbindung mit einer lange dauernden Behandlung mit Neuroleptika und anderen Psychopharmaka auftreten

Erbrechen bei anderen psychischen Störungen (F 50.0)

Wiederholtes Erbrechen kann Ausdruck folgender Störungen sein: hysterische (dissoziative) Störungen, hypochondrische Störungen, Erbrechen in der Schwangerschaft bei emotionalen Konflikten. Diese Formen des Erbrechens können auch als „psychogenes" Erbrechen gekennzeichnet werden

12.2 Nicht-organische Schlafstörungen (F 51)

Definition: Schlafstörungen, bei denen emotionale Ursachen einen primären Faktor darstellen. Schlafstörung kann Symptom einer anderen psychischen oder auch körperlichen Erkrankung sein. Man unterscheidet zwischen Dyssomnien (Insomnie, Hypersomnie, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus) und Parasomnien (Schlafwandeln, Pavor nocturnus, Alpträume)

Nicht-organische Insomnie (F 51.0)

Schlafstörung mit einer ungenügenden Dauer oder Qualität des Schlafes, die über einen beträchtlichen Zeitraum bestehen bleibt. Häufig geklagte ***Symptome:*** Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, morgendliches Früherwachen. Entwicklung einer Insomnie häufig in zeitlichem Zusammenhang mit gravierenden Belastungen im aktuellen Leben des Betroffenen. Störung tritt gehäuft auf bei Frauen, älteren Menschen, psychisch gestörten und sozioökonomisch benachteiligten Personen. Störung führt häufig zur Angst vor Schlaflosigkeit und einer ständigen Beschäftigung mit deren Konsequenzen (Circulus vitiosus)

Subjektive Konsequenzen dieser Schlafstörung können sein: Ängstlichkeit, Anspannung, Depressivität, Müdigkeit, Erschöpfbarkeit, Kon-

zentrationsmangel; Gefahr der Bekämpfung mit Alkohol und/oder Medikamenten

Differentialdiagnostisch ist zu bedenken, daß Insomnie ein häufiges Symptom anderer psychischer Störungen ist (z. B. affektiver, neurotischer, organischer, schizophrener Störungen etc.). Die Diagnose „nicht-organische Insomnie" sollte nur gestellt werden, wenn die Klagen über Schlafdauer und -qualität die einzige Symptomatik des Patienten darstellen. Die zugrundeliegenden möglichen emotionalen Konflikte sind zu explorieren

Nicht-organische Hypersomnie (F 51.1)

Zustand exzessiver Schläfrigkeit während des Tages mit Schlafanfällen, die nicht durch eine unzureichende Schlafdauer erklärbar sind; auch als verlängerte Übergangszeiten vom Aufwachen aus dem Schlaf bis zum völligen Wachsein. Diese Schlafstörung ist häufig mit psychischen Störungen verbunden, vor allem Depressionen bzw. Dysthymia.

Differentialdiagnostisch ist an Narkolepsie zu denken (bei der Narkolepsie sind ein oder mehrere zusätzliche Symptome vorhanden, wie z. B. Wachanfälle, affektiver Tonusverlust (Kataplexie), gehäufte REM-Schlafphasen und hypnagoge Halluzinationen). Ferner Hypersomnie bei Schlafapnoe und andere organische Hypersomnien. Hypersomnie kann auch Folge einer definierbaren organischen Ursache (z. B. Enzephalitis, Commotio cerebri und andere Hirnschädigungen) sein

Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (F 51.2)

Mangel an Synchronizität zwischen dem individuellen Schlaf-Wach-Rhythmus und dem erwünschten Schlaf-Wach-Rhythmus der Umgebung. Folge: Klagen über Schlaflosigkeit und Hypersomnie. Störung kann psychogenen oder auch möglicherweise organischen Ursprungs sein. Eine meist vorübergehende Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus kann sich ergeben aus Schichtwechselarbeit und als Folge von Reisen über Zeitzonen hinweg. Folge dieser Störung für die betroffene Person: Schlaflosigkeit während der Hauptschlafperiode und Hypersomnie während der Wachperiode

Die ***Diagnose*** „nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus" sollte nur verwendet werden, wenn keine psychiatrische oder körperliche Ursache der Störung gefunden wird

Schlafwandeln (Somnambulismus) (F 51.3)

Zustand veränderter Bewußtseinslage, in dem Phänomene von Schlaf und Wachsein kombiniert sind. Patient verläßt meist im ersten Nachtdrittel während des Schlafwandelns das Bett, geht mit starrem Gesichtsausdruck umher, zeigt eine niedrige Schwelle des Bewußtseins, der Reaktivität und motorischer Fähigkeiten; nur schwer ansprechbar. Verletzungsgefährdung. Nach dem Erwachen besteht meist keine Erinnerung an das Schlafwandeln mehr. Die Störung tritt gehäuft in der Kindheit auf und kann mit einer organischen (z. B. infektiös-fiebrigen) Erkrankung zusammenfallen

Differentialdiagnostisch: Abgrenzung von psychomotorischen epileptischen Anfällen; ferner dissoziative Störung

Pavor nocturnus (F 51.4)

Nächtliche Episoden äußerster Furcht und Panik mit heftigem Schreien, Bewegungen und starker autonomer Erregung. Die betroffene Person setzt sich oder steht mit einem Panikschrei meist während des ersten Drittels des Nachtschlafes auf. Nach dem Erwachen meist Amnesie für die Episode

Aufgrund der vielen Ähnlichkeiten mit dem Schlafwandeln betrachtet man diese beiden Zustandsbilder als Teil eines gleichen nosologischen Kontinuums, bei dem genetische, entwicklungsbedingte, organische und psychologische Faktoren zusammenspielen

Differentialdiagnostisch ist der Pavor nocturnus von Alpträumen und epileptischen Anfällen zu differenzieren

Alpträume (Angstträume) (F 51.5)

Traumerleben – meist in der zweiten Nachthälfte – voller Angst und Furcht mit sehr detaillierter Erinnerung an den Trauminhalt. Sehr lebhaftes Traumerleben. Trauminhalte: Bedrohung von Leben, Sicherheit und Selbstgefühl. Tendenz zur Wiederholung derselben oder ähnlicher Alptraumthemen

In der Kindheit könnten Alpträume zu einer spezifischen Phase der emotionalen Entwicklung gehören. Bei Erwachsenen sind häufig Persönlichkeitsstörungen, aber auch gravierende längeranhaltende Belastungen Hintergrund des Auftretens

Therapie bei nicht-organischen Schlafstörungen

Ärztliches Gespräch, je nach Lage des Einzelfalles Krisenintervention oder verschiedene Formen und Methoden von Psychotherapie. Gegebenenfalls kurzfristige psychopharmakologische Unterstützung

Differentialdiagnose: Von den nichtorganischen Schlafstörungen sind die organischen abzutrennen: Hypersomnien bei Kline-Levin-Syndrom, bei Narkolepsie (mit imperativen Schlafattacken, kataplektischen Anfällen (Kataplexie), Schlaflähmung und hypnagogen Halluzinationen) und bei periodischen Myoklonien oder „restless-legs"-Syndrom. Hyposomnien z. B. bei Schlafapnoe-Syndrom.

12.3 Somatisierungsstörung (F 45.0)

Störung, bei der multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome charakteristisch sind; die Symptome bestehen meist bereits seit einigen Jahren. Häufig haben die entsprechenden Patienten eine Patientenkarriere hinter sich (viele negative Untersuchungen, evtl. auch ergebnislose Operationen). Symptome können auf einen Körperteil oder das gesamte Körpersystem bezogen sein. Häufige Klagen beziehen sich auf Magen und Darm (z. B. Schmerzen, Aufstoßen, Erbrechen, Übelkeit) und auf die Haut (z. B. Jucken, Brennen, Taubheitsgefühle). Ferner auch sexuelle und menstruelle Störungen.

Psychisch können Ängste und Depressionen mit der Somatisierungsstörung verbunden sein und bedürfen dann einer spezifischen Behandlung

Die Störung beginnt im frühen Erwachsenenalter, ist häufiger bei Frauen als bei Männern

Verlauf: chronisch fluktuierend, verbunden mit längerdauernder Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens

Mißbrauch oder Abhängigkeit von Medikamenten findet sich häufig, nicht selten iatrogen gefördert

Synonyma: funktionelles Syndrom

Differentialdiagnostisch ist an diverse körperliche Störungen zu denken; ferner auch an die hypochondrische Störung (F 45.2, s. Kap. Neurosen, S. 146)

Therapie: Sie entspricht der Therapie bei nicht-organischen Schlafstörungen

12.4 Somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3)

Die Schilderung der Symptome durch den Patienten geschieht so, als beruhten diese auf der körperlichen Erkrankung eines Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird (z. B. kardiovaskuläres, gastrointestinales, respiratorisches System), ohne daß eine körperliche Erkrankung nachweisbar wäre. Sowohl vegetative Symptome z. B. Herzklopfen, Schwitzen, Zittern wie wechselnde subjektive Beschwerden z. B. Druck, Brennen, flüchtige Schmerzen. Klinische Bezeichnungen für diesen Symptomenkomplex können z. B. sein: Herzneurose, psychogene Hyperventilation, Magenneurose etc.

Psychische Belastungsfaktoren oder gegenwärtige Lebensprobleme finden sich bei Patienten mit dieser Störung häufig

12.5 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)

Anhaltender schwerer Schmerz in einem Körperteil (z. B. Kopf oder Rücken), der pathophysiologisch nicht vollständig zu erklären ist; Verbindung zu emotionalen Konflikten oder zu Belastungen; Dauer mindestens 6 Monate

Fallbeispiele

Fallbeispiel 12.1

Eine 23jährige Studentin sucht die psychosomatische Ambulanz auf und klagt über eine seit 3 Jahren bestehende Eßstörung: Sie leide unter Anfällen von Heißhunger, könne dann den ganzen Kühlschrank ausräumen und die enthaltenen Lebensmittel wahllos in sich „hineinschlingen". Danach komme Ekel in ihr auf, so daß sie dann das Erbrechen selbst induziere, indem sie einen Finger tief in den Hals stecke.

Zum psychologischen Hintergrund war zu erfahren, daß die Patientin sich von ihrer übergewichtigen Mutter, von der sie als Kind und Pubertierende auch stets in rigider Weise zum Essen angehalten worden war, abgestoßen fühlte und dabei Angst hatte, daß sie die Anlage zum Übergewicht von ihr „geerbt" haben könnte. Die aktuelle Eßsymptomatik entwickelte sich, als die Patientin nach dem Abitur von zu Hause auszog und für sich allein sorgen (sich allein ernähren) mußte.

Die äußerlich unauffällig wirkende, normalgewichtige Patientin fühlte sich außerdem durch eine Studienfreundin unter Druck gesetzt, die einen „Schlankheitswahn" habe und gemeinsam mit ihr bewirken wolle, daß beide mindestens 10 Kilogramm unter dem Normalgewicht erreichen.

Der erhebliche Leidensdruck der Studentin führte zunächst zu einer stationären psychosomatischen Behandlung von 8 Wochen und danach zu einer $2^1/_2$ jährigen ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung.

Bulimia nervosa (F 50.2)

Fallbeispiel 12.2

Ein 54jähriger kaufmännischer Angestellter in leitender Position in der Werbebranche sucht einen niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten auf, weil er massive Schlafstörungen hat, die ihn „völlig aufreiben": Seit einigen Wochen habe er sowohl Probleme beim Ein- als auch beim Durchschlafen, liege nachts oft wach, sei unruhig, grübele viel und sei am Morgen, wenn der Wecker läute, wie zerschlagen.

Zum Hintergrund war zu erfahren, daß ein Chefwechsel in seiner Firma stattgefunden hatte und daß die nachfolgende Führungsgeneration „mit Ellenbogen" gegen viele langjährige Beschäftigte vorgegangen sei. Manche von denen seien auch schon gekündigt worden. Er selbst werde seitdem umgangen, indem wichtige Entscheidungen, die seinen Verantwortungsbereich beträfen, an ihm vorbei getroffen würden. Man habe ihm zwar von seiten der Geschäftsführung bedeutet, daß er mit einer Kündigung nicht zu rechnen habe, de facto sei er aber weitgehend entmachtet worden und fühle sich eigentlich überflüssig.

Der Patient, für den seine Arbeit einen zentralen Stellenwert in seinem Leben einnahm, war zutiefst über die Veränderungen in seinem Arbeitsbereich und über den Mangel an Wertschätzung seiner Person verunsichert. Die Schlafstörungen waren Symptom dieser tiefgreifenden Irritation.

In einer Kurzpsychotherapie von 18 Stunden in Kombination mit einer vorübergehenden Schlafmedikation war eine gewisse Beruhigung und Besserung des Schlafs zu erreichen. Wie eine Einjahreskatamnese zeigte, hielt die Verunsicherung aber noch ein gutes halbes Jahr an, begleitet von dann milder ausgeprägten Schlafstörungen.

Nicht-organische Insomnie (F 51.0)

13 Sexualstörungen

13.1 Allgemeiner Teil

Definition: Zu den „Sexualstörungen" werden sexuelle Funktionsstörungen, Störungen der Geschlechtsrolle sowie sexuelle Abweichungen gerechnet

Sexualanamnese: Diese unterbleibt häufig aus Scheu (auf seiten des Patienten wie des Untersuchers) vor dem Gespräch über Sexualität, obwohl sehr viele Patienten gerne darüber sprächen, wenn der Arzt dazu bereit wäre.

Im Gespräch Takt, Verständnis und zugewandte Neutralität; keine Selbstoffenbarung des Arztes, aber Vertrautsein mit der Problematik spüren lassen! Beachtung der Sprache: weder wissenschaftlich-abstrakte Begriffe, noch Vulgärsprache! Besprechungspunkte der Anamnese (nicht nur Sexualität, sondern auch damit verbundene emotionale Bereiche, z. B. Zärtlichkeit in der Ursprungsfamilie oder Stellenwert der Körperlichkeit):

- sexuelle Entwicklung in der Kindheit
- frühe sexuelle Identifizierung
- Geschlechtsrolle (Akzeptanz, Ablehnung; Homosexualität)
- Richtung der Partnerwahl (Träume, Phantasien)
- Partnerbeziehungen (nicht nur nach Sexualität fragen!)
- sexuelle Konflikte und Krisen
- Initiativen und Abwehr in der Partnerschaft
- gegenwärtige Beziehungen (Partner, Koitus, Masturbation)

13.2 Ungestörte Sexualität

Sexueller Reaktionszyklus nach Masters u. Johnson (1973) in Phasen:

- ***Erregungsphase:*** Stimulierung physiologischer Reaktionen, vorwiegend parasympathisch
  - beim Mann: Erektion
  - bei der Frau: Lubrikation
- ***Plateauphase:*** zunehmende Vasokongestion
- ***Orgasmusphase:***
  - beim Mann: Emission und Ejakulation, vorwiegend sympathisch
  - bei der Frau: Auslösung direkt oder indirekt (vaginal) klitoridal; multiple Orgasmen möglich
- ***Rückbildungsphase:***
  - beim Mann: Penisabschwellung
  - bei der Frau: z. B. rasche Abschwellung der Areolae mammae

Masters WH, Johnson VE (1973) Impotenz und Anorgasmie. Stahlberg, Frankfurt a. M.

Sexualverhalten (wesentlich durch kultur- und zeitbedingte Normen geprägt) laut Befragungen in BRD:

- Menarche durchschnittlich mit 13 Jahren
- erste Ejakulation durchschnittlich mit 14 Jahren
- erster Koitus durchschnittlich mit 18 Jahren (auch abhängig von Sozialschicht)
- erster Orgasmus bei Frauen ca. 3 Jahre nach erstem Koitus (oft ohne sich durch den fehlenden Orgasmus gestört zu fühlen)
- gleichzeitiger Orgasmus der Partner bei nur ca. 25 % (beim Mann meist früher)
- Koitushäufigkeit sehr variabel, Altersunterschiede: im Alter bei beiden Geschlechtern zwar Abnahme sexueller Aktivität, aber grundsätzlich befriedigende Sexualkontakte bis ins höchste Alter möglich
- Masturbation bei 90 % der Männer (vorwiegend Jugendlichen), bei etwa 50 % der Frauen Masturbationserfahrungen

13.3 Sexuelle Funktionsstörungen (F 52)

Allgemein: Störungen im Ablauf des sexuellen Funktionsgeschehens: Funktionsstörungen der Lust/Appetenz-, der Erregungs-, der Orgasmus- oder der Rückbildungsphase. Häufig, oft aber larviert durch andere Symptome (Depression, Angst, körperliche Funktionsstörungen), die Ursache aber auch Folge der Störung sein können

Ätiologie: multikausale Verursachung möglich (durch Sexualanamnese zu ermitteln)

- *psychogene Ursachen* (am häufigsten): Angst vor Genitalverletzung, vor Schwangerschaft, vor venerischen Infektionen (AIDS!); sexueller Mißbrauch in der Vorgeschichte. Aversion gegen den Partner, sexuelle Leistungsprobleme. Oft Kontakt- und Bindungsangst; Erwartungsangst bei Unerfahrenen; Gefühl von Niederlagen durch mißglückte sexuelle Kontaktversuche; Erlebnis der Minderwertigkeit; im Regelfall beide Partner an der Genese beteiligt
- *organische und sonstige Ursachen:* z. B. Diabetes mellitus, Einnahme von Medikamenten (dämpfende Neuroleptika, z. B. Thioridazin oder Antidepressiva, ferner β-Blocker, ACE-hemmer, Lithium, Carbamazepin, Levodopa u. a.) oder Alkohol; endogene Depression

Symptome/Formen beim Mann:

- *Alibidimie* (fehlendes sexuelles Bedürfnis) primär (oft somatische Verursachung) und sekundär
- *Erektionsstörungen* (Impotentia coeundi): mangelhafte oder zu kurz dauernde Versteifung des Penis. Primäre Impotenz oft psychogen, sekundäre oft somatisch verursacht. Früher war damit auch in allen Fällen Impotentia generandi verbunden (gegenwärtig häufigste Ursache für die Impotentia generandi: Störung der Spermiogenese)
- *Ejakulationsstörungen:* vorzeitiger Samenerguß (Ejaculatio praecox) bei fehlender Kontrolle oder verzögerter Samenerguß (Ejaculatio retardata) bei übermäßiger Kontrolle des Erlebens
- *Satisfaktionsstörungen* (Impotentia satisfactionis): bei Ejakulation ohne Orgasmus, aber auch nach stattgefundenem Orgasmus Auftreten von Beschwerden wie Kopfschmerzen, Verstimmungen etc.
- *Dyspareunie, Algopareunie* (Überempfindlichkeit und Schmerzen bei Sexualverkehr)

Symptome/Formen bei der Frau:

- *Alibidimie:* mangelnde Ansprechbarkeit, fehlende sexuelle Appetenz und Reagibilität (Ausbleiben der vaginalen Erregung und Lubrikation)

- *Orgasmusstörungen:* bei Stimulierbarkeit und sexueller Erregung Ausbleiben des Orgasmus; unterschiedliche Orgasmusschwelle und -störbarkeit; unterschiedliche Lernerfahrungen. Tritt insbesondere bei jungen Frauen auf
- *Vaginismus:* erhöhte Spannung der Vaginal- und Beckenbodenmuskulatur. Unmöglichkeit der Immissio penis
- *larvierte Sexualstörungen:* zahlreiche funktionelle Störungen, vor allem im Urogenitalbereich, als Ersatz oder Verstärkung direkter sexueller Abwehr (Abwehrfluor, Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, Miktionsstörungen, Pelvipathie, Rückenschmerzen, kalte Füße und Hände, ferner u. U. habitueller Abort, Hyperemesis gravidarum, Laktationsstörungen, Sterilität)
- *Dyspareunie* (s. o.)

Therapie: nach Klärung der Ätiologie mehrere Möglichkeiten, in der Regel unter Einbeziehung des Partners; gegenwärtig eine Fülle therapeutischer Möglichkeiten (Sigusch):
- in leichteren Fällen *Sexualberatung* (z. B. bei mangelhafter Aufklärung; Entlastung im ärztlichen Gespräch)
- *Sexualtherapie* nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien (Masters und Johnson): zunächst Abbau von Leistungsängsten, Koitusverbot, sodann Training der sexuellen Sensibilität und Erlebnisfähigkeit und schließlich Zulassung des nicht als Forderung erlebten Koitus; Paartherapie
- bei schweren neurotischen Entwicklungen *psychoanalytisch orientierte Therapie* (Bearbeitung des „neurotischen Vorfeldes". Spontane Besserung der Sexualstörung möglich, oder später durch zusätzliche Sexualtherapie)

13.4 Störungen der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität

13.4.1 Homosexualität

Allgemein: auf Menschen des eigenen Geschlechts gerichtetes sexuelles Erleben und Verhalten bei ungestörter Geschlechtsidentität. Bei männlichen Homosexuellen öfter Probleme der Partnerbindung (und Isolation) als bei weiblichen Homosexuellen. Zahlreiche Möglichkeiten des Erlebens. In vielen Fällen auch Zuwendung zu beiden Geschlechtern (Bisexualität)

Sexual-„Störung" (Orientierungsstörung) im psychiatrischen Sinne nur dann, wenn der Homosexuelle an seiner Sexualität oder deren Auswirkungen leidet: egodystone Homosexualität (F 66.11)

Formen:
- *Neigungshomosexualität* (genuine Homosexualität): nicht als psychische Störung, sondern als eigenständige Form sexueller Selbstverwirklichung und Partnerschaft zu betrachten. Behandlungsbedürftig nur im Zusammenhang mit durch die Homosexualität bedingten Problemen und Konflikten wie Isolierung (bei häufigem Partnerwechsel oder anonymer Triebbefriedigung oder bei gesellschaftlicher Isolierung homosexueller Paare) und Vereinsamung (Depressionen bei alternden Homosexuellen). Bei jüngeren Menschen häufig Probleme der Akzeptanz der Homosexualität (z.B. Familienkonflikte)
- *Entwicklungshomosexualität:* homosexuelle Durchgangsphase bei zahlreichen Jugendlichen (etwa $^1/_3$ der Männer), meist ohne Behandlungsnotwendigkeit
- *Hemmungshomosexualität:* bei infantil retardierten oder neurotischen, oft kontaktschwachen, selbstunsicheren Menschen mit Störungen in der sexuellen Entwicklung; (öfter bei Männern) auch mit pädophilen Neigungen. Indikation zur Psychotherapie im Einzelfall je nach Leidensdruck
- *Pseudohomosexualität:* keine eigentliche Homosexualität, sondern materielle Motivation zu homosexuellen Handlungen im Sinne männlicher Prostitution (Strichjunge). Öfter dissoziale Neigungen, so z. B. Erpressung von homosexuellen Kunden

13.4.2 Heterosexualität

Gesteigertes sexuelles Verlangen (Hypersexualismus) (F 66.20): bei Bindungsunfähigkeit bzw. -angst als oft süchtige oder narzißtische Fehlhaltung; Surrogat für partnerbezogene Sexualität: krankhaft gesteigerter heterosexueller Geschlechtstrieb:
- *Don-Juanismus bzw. Satyriasis* bei Männern
- *Nymphomanie* bei Frauen

13.4.3 Transsexualismus (Transsexualität) (F 64.0)

Allgemein: Identifikation mit dem entgegengesetzten biologischen Geschlecht („weibliche Seele im männlichen Körper") und vice versa: keine Homosexualität, sondern psychische Identitätsstörung des Geschlechts. Dem Betreffenden geht es um sich selbst. Häufig eher asexuelles Erleben.

Unklare Ätiologie. Mit Bekanntwerden dieser Störung zunehmende Tendenz, insb. in Großstädten. Öfter Mann zu Frau als Frau zu Mann. Transsexualität ist zu unterscheiden vom Transvestitismus (als Deviation mit engen Beziehungen zum Fetischismus) (F 64.1)

Therapie: Frustrationen auf dem Weg zu gegengeschlechtlicher Rolle führen zu depressiven Reaktionen, Suizidversuchen, u. U. Selbstverstümmelung. Psychotherapieversuche mit dem Ziel der Beibehaltung des bisherigen Geschlechts in der Regel jedoch vergeblich

Dem in den letzten Jahrzehnten häufig geäußerten Wunsch nach operativer Geschlechtsumwandlung verbunden mit Vornamens- und Personenstandsänderung (vgl. Transsexuellen-Gesetz von 1980: Möglichkeit der Änderung von Personenstand und Vornamen) sollte (wenn überhaupt) frühestens nach mindestens einjähriger Probezeit (Alltagstest) in der gewünschten Geschlechtsrolle und Gabe von Sexualhormonen über 6 Monate nachgekommen werden

Voraussetzung: ärztliches Gutachten. – Transformationsoperation: bei Männern Penektomie, Kastration und Neovagina; bei Frauen Mastektomie, Ovar- und Hysterektomie. Klitorismobilisierung

Beim psychischen Hermaphroditismus dagegen keine Identifizierung mit einem der beiden Geschlechter

13.5 Sexuelle Abweichungen/Störungen der Sexualpräferenz (Deviationen, Perversionen, Paraphilie) (F 65)

Allgemein: alle Erlebens- und Verhaltensweisen zur Erlangung des Orgasmus als Triebziel (Befriedigung) durch suchtartige, zwanghafte, ritualisierte Praktiken: Abwandlung von Sexualakt und/oder Sexualpartner (Sexualobjekt); apersonale Sexualität mit abnormem Triebobjekt oder abnormer Triebrichtung. Einengung des Erlebnisbereichs: der (die, das) Andere ist Gegenstand der Praktik. Liebesunfähigkeit, Promiskuität, Anonymität, Vereinsamung. Suchtartiger Charakter mit abnehmender Satisfaktion, Überwuchern von Phantasien; Aggressivität gegenüber sich und anderen; die Deviation wird von der Person selbst häufig abgelehnt und als belastend erlebt, Sexualtrieb ist nicht im Einklang mit Gefühlen und Wertungen. Unterschiedliche Bewertung sexueller Abweichungen je nach kulturellem Kontext (häufig auch fließende Übergänge zum Normalen)
Beispiel: im Laufe der Geschichte auch religiös bedingte unterschiedliche Bewertung der Masturbation (Onanie, „Selbstbefleckung") mit unterschiedlichen Formen der Unterbindung („Therapie") bis hin zu chirurgischen oder orthopädischen Maßnahmen. Heutige Bewertung: nur bei zwanghaftem, suchtartigen Vollzug als Störung

Ätiologie: psychodynamisch als Ausdruck einer neurotischen Hemmung der psychosexuellen Entwicklung bzw. Regression auf frühere Entwicklungsstufen. Als Abwehrmechanismus vor reifer Sexualität bei Kastrations- und Selbstverlustangst

Der Einfluß von Minderbegabung, hirnorganischen oder konstitutionellen Faktoren ist unklar; gehäuft bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen, z. B. dissozialer Persönlichkeit

Therapie: bei Leidensdruck Sexualberatung sowie verschiedene Psychotherapieverfahren. Bei *aggressiven Deviationen* und *Exhibitionismus* somatische Behandlung mittels temporärer hormoneller Kastration durch Kombination von Antiandrogen und Gestagen: Cyproteronazetat (Androcur®) 50–200 mg/die oder 300 mg Androcur®-Depot i. m. alle 1–4 Wochen. Effekt: Hemmung von Libido und Potenz; weitgehende Aufhebung der Spermiogenese. Effekt reversibel. In schwersten Fällen Diskussion stereotaktischer Ausschaltung des Nucleus ventromedialis des Hypothalamus

Formen sexueller Abweichung

die Partner-/Objektwahl betreffend:

- *Pädophilie:* sexuelle Beziehungen zu Kindern beiderlei Geschlechts. Oft infantil retardierte Männer sowie minderbegabte und hirnorganisch veränderte alte Männer. Schädigung bei den Kindern je nach angewendeter Gewalt und Reaktion der Umgebung unterschiedlich
- *Päderastie* (Knabenliebe): homosexuelle Beziehung zu Knaben
- *Inzest:* sexuelle Beziehungen zwischen Verwandten 1. Grades (z. B. Vater-Tochter, Mutter-Sohn, unter Geschwistern sowie zwischen weiteren Verwandten in aufsteigender Linie). Nach § 173 StGB mit Strafe bedroht (sog. Blutschande)
- *Sodomie:* geschlechtliche Handlungen mit Tieren (weiter gefaßter Begriff: Zoophilie)
- *Nekrophilie:* geschlechtliche Handlungen mit Verstorbenen

die Sexualpraktiken betreffend:

- *Exhibitionismus:* Zeigen des männlichen Genitale vor Frauen und Mädchen (oft verbunden mit Masturbation). Selbstunsichere Täter, auch im heterosexuellen Kontakt. Lustgewinn durch erschreckte Reak-